Rok L. Kraków, dnia 25. marca 1911. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Drogowskazy dyagnostyki schorzeń trzustki.

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski** (Kazań).

(Ciąg dalszy).

II.

Bardzo często jednak nowotwory trzustki, a również — i jeszcze częściej nawet — jej zmiany zapalne lub innego pochodzenia, nie przejawiają się wyczuwalnem obrzmieniem. Na 100 przypadków nowotworów trzustki, zestawionych przez Martynowa [8]) wyczuwano trzustkę, jako guz lub obrzmienie, lub wreszcie jako zwiększony opór zaledwie 28 razy (sam Martynow na str. 201 swojej monografii powiada: »ze 100 przypadków powiodło się w 27«; w rzeczywistości jednak przejrzenie tablicy, którą on przytacza, stwierdza liczbę 28), na 22 zaś przypadki Manuiłowa [9]) 13 razy. Stąd wynika, że, jeśli obecność wyczuwalnego obrzmienia ułatwia znacznie rozpoznanie schorzenia trzustki przy zbadaniu tego obrzmienia w wyżej podany sposób, to brak obrzmienia w każdym razie nie wyłącza możliwości zmian trzustki. W takich przypadkach rozpoznanie schorzeń trzustki przedstawia o wiele więcej trudności, jednakże w wielu przypadkach dziś jest możliwe. Opiera się ono w tych razach na danych ubocznych, mianowicie na badaniu objawów ucisku na narządy sąsiednie lub na zbadaniu sprawności czynnościowej trzustki. Te dane mogą nieraz znacznie wzmocnić rozpoznanie również w tych przypadkach, w których schorzenie trzustki, przejawiające się wyczuwalnem obrzmieniem, rozpoznać można już na podstawie danych przytoczonej wyżej dyagnostyki fizycznej.

Z objawów ucisku narządów sąsiednich przez chorą trzustkę największe znaczenie w nauce o rozpoznawaniu mają bóle w brzuchu i objawy ucisku na wspólny przewód żółciowy. Zmieniona trzustka może przedewszystkiem uciskać na leżący poza nią splot trzewny lub nawet wciągnąć go w sprawę chorobową. W tych razach, nieraz jako jeden z najwcześniejszych objawów schorzenia trzustki, zwłaszcza w przypadkach ostrego jej zapalenia lub jej nowotworu, występuje ból w okolicy nadbrzusznej, rozpromieniający się stąd nieraz ku grzbietowi lub w całym brzuchu. W niektórych przypadkach bóle te najsilniej występują z tyłu u samego kręgosłupa, ściśle odpowiednio do położenia trzustki. W przypadkach przewlekłych bóle noszą początkowo po większej części cechy napadu, wzmagające się czasami do wielkiego stopnia (»neuralgia coeliaca« Friedreicha [10]) i Leubego), a w dalszym przebiegu choroby stają się coraz słabsze. W przypadkach ostrych bóle mogą być nadzwyczaj silne, przypominać istotną kolkę i wreszcie dochodzić do takiego stopnia, że chorzy określają je jako bóle wprost nie do zniesienia. Ponieważ jednak bardzo silne bóle w nadbrzuszu mogą być wywołane również schorzeniami innych narządów, z drugiej zaś strony nie zawsze towarzyszą one schorzeniom trzustki i nie zawsze występują we wspomnianych miejscach (Dörfler [11]) np. w przypadku ostrego krwotocznego zapalenia trzustki spostrzegał ostre bóle wyłącznie w okolicy krzyżowej, rozpromieniające się do obydwu kończyn dolnych aż do goleni), to oczywiście opierać rozpoznania schorzeń trzustki przeważnie na obecności lub braku bólów nadbrzusznych nie można.

Oprócz splotu trzewnego może ulegać uciskowi już nawet przez niewielkie nowotwory, sprawy zapalne lub włókniste, usadowione przeważnie w głowie, trzustki, również wspólny przewód żółciowy (Battersby, Bard i Pic [12]), Körte, v. Büngner [13]) i inni), który przebiega w 95% w głowie trzustki, przynajmniej na przestrzeni 2 cm. (Büngner). Ucisk taki wiedzie do mniej więcej znacznego przepełnienia i rozdęcia żółcią wszystkich przewodów żółciowych i powiększenia samego pęcherzyka żółciowego. Sama wątroba w tych razach, wbrew temu, co spostrzegamy przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego przez kamienie żółciowe, przeważnie nie powiększa się lub nawet się zmniejsza lub wreszcie, jeśli nawet się powiększy, to bardzo niewiele. Pęcherzyk żółciowy można w tych przypadkach czasami wyczuć z pod brzegu wątroby w kształcie miękkiego, sprężystego, zwykle niebolesnego guza, który daje chełbotanie. Według Courvoisiera [14]), który wydał bardzo dokładną monografię, dotyczącą chirurgii dróg żółciowych, takie rozszerzenie pęcherzyka żółciowego zdarza się przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego przez kamienie bardzo rzadko, jeszcze bowiem przed zatkaniem ulega pęcherzyk zwykle zmniejszeniu wskutek zmian zapalnych, które wiodą do kurczenia się pęcherzyka. Rozszerzenie więc pęcherzyka przemawia więcej za innemi przyczynami niedrożności wspólnego przewodu żółciowego, śród których schorzenia trzustki zajmują jedno z pierwszych miejsc. Obrzmienie pęcherzyka żółciowego wyczuwa się jednak nie zawsze, ponieważ może być ono nie tak znaczne, żeby wysuwało się z pod brzegu wątroby. Choupin i Molle, Moncorgé [15]), Kellermann [16]), Cochez [17]) i inni spostrzegali znów kurcz pęcherzyka żółciowego w przy-

padkach schorzenia trzustki, co osobiście spostrzegałem również w przypadku raka głowy trzustki, Oser i inni zwiększenie rozmiarów pęcherzyka w przypadkach kamicy żółciowej bez jednoczesnych zmian trzustki. Wobec tego tej oznaki, acz bardzo ważnej dla rozpoznawania chorób trzustki, nie można uważać za objaw znamienny (patognomoniczny).

Pomijając obrzmienie pęcherzyka żółciowego, zatkanie wspólnego przewodu żółciowego wyraża się żółtaczką. Żółtaczkę spostrzega się w chorobach trzustki nieraz, zwłaszcza w przypadkach zajęcia jej głowy, i może ona dochodzić, osobliwie przy raku głowy trzustki, do bardzo wysokich stopni, przejawiając się pod postacią żółtaczki czarnej (»ictère noire« Carnot, »melasicterus«). Ta, zwykle stopniowo rowijająca się, lecz stale wzmagająca się, nigdy nie słabnąca żółtaczka u chorego ze znacznem zwiększeniem pęcherzyka żółciowego bez zwiększenia wątroby, z objawami szybko rozwijającego się charłactwa przy ciepłocie obniżonej, przedstawia, według Barda i Pica, klasyczny obraz kliniczny dla raka głowy trzustki, pozwalając rozpoznać tę sprawę chorobową nawet wtenczas, gdy nowotwór nie jest wyczuwalny. Lecz i ta uporczywa żółtaczka o znamiennej ciemnożółtooliwkowej barwie, nawet w połączeniu z tym zbiorem objawów Barda i Pica, nie może być, wbrew poglądowi tych autorów, uznaną za objaw znamienny nietylko raka trzustki, w szczególności jej głowy, lecz i wogóle schorzenia tego narządu. Istotnie tenże obraz kliniczny spostrzegano, jakkolwiek rzadziej, w przypadkach przewlekłego zapalenia trzustki, osobiście spostrzegałem go w jednym przypadku raka uchyłka Vatera, Oser w przypadku raka wspólnego przewodu żółciowego z zajęciem dwunastnicy i t. d. Z drugiej strony nawet w przypadkach niewątpliwych zmian trzustki z zajęciem jej głowy może żółtaczki brakować (Lubieniecki i Fofanow[18]) i inni).

Widzimy więc, że omówione powyżej, najczęściej występujące objawy ucisku narządów sąsiednich przy chorobach trzustki nie mają same przez się bezwzględnego, lecz tylko względne znaczenie. Łącząc się z innymi objawami klinicznymi, objawy te mogą w znacznym stopniu dopomagać do rozpoznania.

III.

Przechodzę teraz do krytycznej oceny danych czynnościowej dyagnostyki trzustki. Dyagnostyka ta, jak wiadomo, opiera się na tem, że trzustka spełnia w ustroju różnorodne i doniosłe czynności, jak to po części już wykazałem w jednej z poprzednich moich prac. Wobec tego zupełnie słusznie należy oczekiwać, że ustanie lub zaburzenie tych czynności w razie choroby trzustki powinno wywołać szereg wybitnych zboczeń od prawidłowego przebiegu tych spraw w ustroju, w których trzustka bierze udział swojemi wydzielinami. Ponieważ znaczenie fizyologiczne soku trzustkowego jest wyjaśnione dokładniej, niż znaczenie wydzieliny wewnętrznej trzustki, to nic dziwnego, że uwaga klinicystów skierowała się najpierw na zbadanie przebiegu spraw trawienia i wchłaniania się tłuszczów, białkanów, węglowodanów, w tych razach, gdy dopływ soku trzustkowego do jelit jest zniesiony. Najnowsze doświadczenia w tym kierunku wykazały, że (Brugsch[19]) jedynie całkowite usunięcie trzustki z ustroju wiedzie do znacznych zaburzeń trawienia białkanów i tłuszczów, oraz do zaburzeń wydzielniczej, wchłaniającej i ruchowej czynności wyżej i niżej leżących odcinków przewodu żołądkowo-jelitowego; samo zaś tylko podwiązanie przewodów trzustki z pozostawieniem gruczołu »in situ« nie wywołuje żadnych zaburzeń ani w ruchowej i wchłaniającej czynności jelit, ani w sprawach proteolizy i lipolizy. Taki stan rzeczy co do zahamowania trawienia białkanów i tłuszczów tłómaczy się przedewszystkiem zastępczą czynnością innych soków trawiennych, poczęści zaś — co zresztą Burgsch odrzuca — przedostawaniem się zaczynów trzustkowych do jelit drogą uboczną po uprzedniem wessaniu się do krwi (Sandmeyer[20]), Rosenberg[21]), Lombroso[22]), Zuntz z Mayerem[23]) i inni). Co się tyczy prawidłowego stanu spraw wchłaniania, to doniosłe znaczenie odgrywa w tych razach wykazana w ostatnim czasie przez Lombroso, Zuntza z Mayerem, Niemanna[24]) i zwłaszcza przez bardzo dokładne i ścisłe doświadczenia Flecksedera[25]) zależność tych spraw nietyle od przedostawania się do jelit soku trzustkowego, ile od wpływu wewnętrznej wydzieliny trzustki na wchłaniającą czynność jelit, które to wydzielanie wewnętrzne, rzecz prosta, może trwać nadal, pomimo niedrożności przewodów trzustkowych. Sprawy wchłaniania w jelitach mogą (Fleckseder) nie ulegać zaburzeniom nawet przy braku, oprócz wydzieliny zewnętrznej, także i wydzieliny wewnętrznej, jeśli tylko wyrabianie tej wydzieliny wewnętrznej ustaje powoli. Ustrój nasz oczywiście jest uposażony w dostatecznej mierze w urządzenia regulujące na wypadek zaniku jakiejkolwiekbądź czynności trzustki. W tej regulacyi mogą brać udział nawet odległe narządy. Tak np. co do spraw wessania tłuszczów w jelitach taką rolę regulacyjną może brać na siebie (Falta[26]) szereg »gruczołów krwi«, przedewszystkiem przysadka mózgowa. Takie wyrównanie czynności trawiennych trzustki w razie usunięcia lub schorzenia lub zatkania jej przewodów następuje, rzecz prosta, nie zawsze w dostatecznej mierze. W tych przypadkach, gdy mechanizm regulacyjny nie jest na wysokości zadania, przejawia się niedostateczne zrównoważenie czynności trzustki w sprawie trawiennej najczęściej zaburzeniem wchłaniania tłuszczów, t. zw. stolcami tłuszczowymi (steatorrhoea). Zdaniem Brugscha[27]) ze stopnia tej biegunki można nawet wnosić o jej pochodzeniu. I tak, w przypadkach ciężkich nieżytów jelit, zwłaszcza wrzodziejących, czasami w przypadkach nadmiernie wzmożonych ruchów robaczkowych jelit, nawet bez organicznych ich zmian, np. przy nerwicach ruchowych jelit, zawartość tłuszczu w wypróżnieniach może wynosić według Brugscha 10—40% tłuszczu, wprowadzonego z pokarmem, zamiast prawidłowych 4—6%, maximum 10%, w żółtaczce z zupełnem zatkaniem wspólnego przewodu żółciowego średnio 45%, przy jednoczesnem zaś zatkaniu także i przewodów trzustkowych 80—90% i więcej, wreszcie w przewlekłych sprawach zwyradniających trzustki, niepowikłanych z żółtaczką, lub w ostrych schorzeniach trzustki z mniejwięcej znacznem obniżeniem dostawania się soku trzustkowego do jelit, lecz bez żółtaczki, 50—60% i wyżej.

Jakkolwiek stolce tłuszczowe (steatorrhoea) przedstawiają jeden z częstych i bardzo doniosłych dla rozpoznawania schorzenia trzustki objawów, pomimo to nie można pogodzić się bez poważnych zastrzeżeń z twierdzeniem Brugscha, jakkolwiek jest ono oparte na doświadczeniach na zwierzętach i spostrzeżeniach klinicznych tego badacza. Zre-

szą przeciwko takiemu uogólnieniu zastrzegł się — co prawda tylko po części — i sam Brugsch. Uprzytomnijmy sobie przedewszystkiem, że samo tylko podwiązanie przewodów trzustkowych u zwierząt może także i nie sprowadzać zaburzeń trawienia i wchłaniania tłuszczów w jelitach. Badanie wessania się tłuszczów w warunkach chorobowych również wykazało, że zboczenia w przebiegu tych spraw niezawsze odpowiadają schematowi Brugscha. I tak Fr. Müller[28]) spostrzegał w wypróżnieniach chorych na żółtaczkę 55% straty wprowadzonego do ustroju tłuszczu, Schmidt[29]) zaś zaledwie 25·89%, jakkolwiek w 2 z jego przypadków zatkanie wspólnego przewodu żółciowego było zupełne; co się tyczy odosobnionych schorzeń trzustki, to Weintraud[30]) znalazł w kale zaledwie 22·2% i 25·9% tłuszczu pokarmowego, Deucher 82·9% i 52·6%, Schmidt wreszcie w czynnościowym braku wydzieliny trzustki (achylia pancreatica) wykazał zaledwie 18–19% straty tłuszczu. Obok tych danych spostrzeżenia kliniczne świadczą, że sprawy wchłaniania tłuszczów w jelitach nieraz — zdaje się, przeważnie w przypadkach niedrożności przewodów trzustkowych — przebiegają prawidłowo (Fr. Müller, Adler i Milchner[33]), Keuthe[34]) i inni), lub wykazują nieznaczne tylko zboczenia do — 10—30% straty tłuszczu, wprowadzonego z pokarmem. Wobec tego Fr. Müller dochodzi nawet do wniosku, że wybitne stolce tłuszczowe (steatorrhoea), sięgające 55·2—78·5%, przedstawiają objaw znamienny nie dla schorzeń trzustki, lecz dla zatkania wielkich przewodów żółciowych ze zniesieniem dostawania się żółci do jelit. Z twierdzeniem tem jednak zgodzić się nie można, jeśli uprzytomnić sobie wyżej przytoczone spostrzeżenie Deuchera, w którem w przypadku niewątpliwych odosobnionych zmian trzustki utrata tłuszczu pokarmowego z kałem dochodziła 82·9%. Jeśli więc brak stolców tłuszczowych nie wyłączą schorzenia trzustki, to z innej strony znaczne obniżenie wessania tłuszczów w przewodzie jelitowym, przejawiające się zawartością w płynnych lub zbitych wypróżnieniach znacznej ilości tłuszczu obojętnego, kwasów tłuszczowych i mydeł, nie stanowi wbrew zdaniu Cl. Bernarda i jego ucznia Moyse[35]) patognomonicznego objawu schorzenia trzustki. Istotnie, znaczne stolce tłuszczowe nawet przy braku żółtaczki spostrzegamy i przy prawidłowym stanie trzustki, np. w ciężkich nieżytach jelit cienkich (Brugsch, Müller), w ich zwyrodnieniu skrobiowatem (Müller — do 32·9% straty spożytego tłuszczu), gruźlicy gruczołów krezkowych (Müller — do 21·11% straty tłuszczu, Schmidt), gruźliczem zapaleniem otrzewnej (Nothnagel), raku (Ury i Alexander i inni), gruźlicy jelit (Müller, Weintraud — do 30—37% straty tłuszczu), w chorobie Basedowa (Falta, Salomon i Almagia[36]) — do 45—77% straty tłuszczu) i t. d. Co do znaczenia rozpoznawczego stolców tłuszczowych możemy więc przyłączyć się w zupełności do zdania, które wygłosił jeszcze w r. 1879 Bonnamy[37]), a które głosi, że stolce tłuszczowe »nie są objawem znamiennym (patognomonicznym) dla schorzeń trzustki, jednak zawsze, gdy występują, należy zwrócić baczną uwagę na trzustkę«. Oceniając tę oznakę, nie należy wszakże zapominać, że stolce tłuszczowe u człowieka, gdy występują przy schorzeniu trzustki, są zwykle zaznaczone w mniejszym stopniu, niż u zwierząt po wycięciu trzustki. Ta różnica zależy od tego że wobec powolnego rozwoju sprawy chorobowej ustrój ludzki zużytkowuje z większem o wiele powodzeniem swoje mechanizmy regulacyjne, niż to jest możliwe w ostrem doświadczeniu.

Fr. Müller, Weintraud, Przibram[38]), zwłaszcza zaś Katz[39]) i Salomon uważają za cechujące dla schorzeń trzustki nietyle zmniejszenie wchłaniania tłuszczów w jelitach, ile znaczne obniżenie rozkładu tłuszczów obojętnych w przewodzie jelitowym. W schorzeniach trzustki Fr. Müller znajdował zamiast prawidłowych $^3/_4$ rozłożoną zaledwie $^1/_8$—$^1/_5$ część całkowitego tłuszczu i nawet jeszcze mniej, Weintraud — 23·2—27·5%. Katz wygłasza nawet pogląd, że zawartość kwasów tłuszczowych i mydeł, więc rozłożonego tłuszczu w kale, w ilości mniejszej, niż 70% całkowitego tłuszczu wypróżnień, przemawia za schorzeniem trzustki. W razie ostrej niedrożności przewodów trzustkowych upośledzenie rozkładu tłuszczu występuje, według Katza, w większym o wiele stopniu, niż w przypadkach powolnego ich zatkania. Katz ogranicza nieco zresztą swój pogląd, twierdząc, że oseski i cierpiący na obfitą biegunkę stanowią wyjątek od jego prawidła. Upośledzenie rozkładu tłuszczów obojętnych wykrywa się nietylko sposobami chemicznymi, lecz i badaniem drobnowidowem, które wykazuje przewagę obojętnego tłuszczu nad kryształami kwasów tłuszczowych i mydeł.

Badania kliniczne Deuchera, Albu[40]), Brugscha z Umberem[41]), Brugscha[27]), Keuthe i innych, jak również doświadczenia Abelmanna[42]) i innych ograniczyły wkrótce znaczenie stopnia rozkładu tłuszczów w jelitach dla dyagnostyki schorzeń trzustki. Okazało się bowiem, że nawet w razie wybitnego upośledzenia wchłaniania tłuszczów w jelitach sprawa rozkładu obojętnego tłuszczu w przypadkach odosobnionego schorzenia trzustki lub całkowitego wycięcia jej z ustroju może mieć przebieg zupełnie prawidłowy na wzór tego, co spostrzegamy w przypadkach zatkania przewodu żółciowego wspólnego, lub być prawie prawidłową. I tak, Deucher w dokładnie zbadanym przypadku ciężkiego odosobnionego schorzenia trzustki otrzymał dla rozkładu tłuszczu w jelitach tak wysoką liczbę, jak 80%, Albu w jednym przypadku 80—90%, Keuthe w przypadku nader wyraźnego zaniku trzustki 92·3%, Brugsch wreszcie znajdował prawidłowy przebieg rozkładu tłuszczów w jelitach nawet w przypadku jednoczesnego schorzenia trzustki i zatkania przewodu żółciowego wspólnego. Takie zachowanie prawidłowego przebiegu rozkładu tłuszczów w jelitach w wielu przypadkach schorzeń trzustki tłómaczy się zastępczą czynnością innych trawiennych zaczynów tłuszczowych (żołądkowego Volharda, jelitowego Bołdyrewa) i żółci, po części zaś działaniem drobnoustrojów jelitowych, które rozkładają, według Müllera, w warunkach zwykłych do 14·7% tłuszczu w jelitach, wreszcie — wyrównawczą czynnością błony śluzowej jelit cienkich, a prawdopodobnie również wydzielin wewnętrznych śledziony, wątroby i samej trzustki (Umber z Brugschem). Dzięki tym mechanizmom regulującym, sprawy rozkładu tłuszczów w jelitach w przypadkach schorzeń trzustki mogą do tego stopnia zachować przebieg prawidłowy, że Umber wygłosił nawet twierdzenie, iż upośledzenie rozkładu tłuszczów w jelitach występuje jedynie w tych przypadkach schorzeń trzustki, w których w sprawę chorobową w znacznej mierze jest wciągnięty również przewód jelitowy, jak to było w spostrzeżeniach Fr. Müllera i Weintrauda. Zbierając więc wszy-

stko, com wyżej podał o rozkładzie tłuszczów w jelitach, dochodzimy do wniosku, że schorzenia trzustki mogą przebiegać z prawidłowym lub nieco upośledzonym ich rozkładem.

We wzajemnym stosunku ilości kwasów tłuszczowych i mydeł w wypróżnieniach także dopatrywano się dokładnego wskaźnika stanu trzustki. Zoja [44]) mianowicie uważa nizką zawartość mydeł w kale w porównaniu do ilości kwasów tłuszczowych w nim za doniosłą oznakę utrudnionego dopływu soku trzustkowego do jelit, przypisując jej takie znaczenie, jakie Katz i inni nadają wysokiej zawartości tłuszczów obojętnych w wypróżnieniach. Do tego poglądu przyłączył się również Deucher. Jakkolwiek zapatrywanie tych badaczy znalazło dalsze oparcie w badaniach Brugscha, pomimo to jednak należy uprzytomnić sobie, że taki wzajemny stosunek w ilości mydeł i kwasów tłuszczowych w wypróżnieniach spostrzegamy nieraz u chorych na żółtaczkę, nerwice jelitowe i in. Prędzej jeszcze naodwrót znaczną przewagę mydeł nad kwasami tłuszczowymi w kale przy znaczniejszych stratach tłuszczu można (Brugsch) uznać za objaw, przemawiający przeciwko schorzeniu trzustki, zasady bowiem dostarcza treści jelitowej przeważnie sok trzustkowy.

Jeżeli teraz streszczę wszystko, co powiedziałem o przebiegu spraw wchłaniania i trawienia tłuszczów w jelitach w schorzeniach trzustki, to z łatwością dochodzi się do wniosku, że badanie tych spraw nie wykrywa objawów znamiennych dla zajęcia chorobowego trzustki. W tych przypadkach jednak, w których w obrazie klinicznym występuje znaczne upośledzenie wessania tłuszczów lub rozkładu tłuszczu obojętnego, takie zaburzenie w przebiegu tych spraw musi skierować szczególniejszą naszą uwagę na stan trzustki, ponieważ ona właśnie może być tego przyczyną. Kojarząc się więc z innymi objawami, takie zakłócenie trawienia i wchłaniania tłuszczów w jelitach może w znacznym stopniu dopomódz do prawidłowego rozpoznania schorzeń trzustki.

Zanim przejdę do przebiegu spraw trawienia i wchłaniania białkanów w schorzeniach trzustki, zatrzymam się jeszcze pokrótce na poglądzie szkoły v. Noordena (v. Noorden [44]), Salomon [45]), która uznaje za rzecz bardzo znamienną dla schorzeń trzustki znaczną poprawę przebiegu spraw wchłaniania i trawienia tłuszczów i białkanów w jelitach przy podawaniu chorym trzustki lub pankreatyny firmy Rhenania (Akwisgran) lub pankreonu. Osobiście nie mogę przyłączyć się do tego zapatrywania, nieraz bowiem spostrzegałem znaczne polepszenie objawów stolców tłuszczowych (steatorrhoea) po dużych dawkach pankreatyny lub pankreonu w przypadkach zaburzeń czysto jelitowych. Z drugiej zaś strony już niejednokrotnie (Adler z Milchnerem [33]), Wynhausen [46]) i inni) stwierdzono, że opoterapia pozostaje pod tym względem często bezskuteczną w przypadkach niewątpliwego schorzenia trzustki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O znaczeniu leczniczem niedotlenionych związków fosforu w przebiegu gruźlicy

przez

Dra A. Brylińskiego
(Berszada, gub. Podolska).

(Dokończenie).

Zjawiska we krwi, na podstawie których przekonujemy się o zmianach zaszłych w ustroju, mogą być obserwowane dopiero po zakończeniu się odczynu autotuberkulinowego. Trwa on 6—12 godzin, rzadko 24 lub dłużej. Zwykle jednak przypuszczać można, że po upływie trzech dni od wstrzyknięcia małych, t. j. nieprzewyższających 0,2 dawek fosfacidu, odczyn przez nie wywołany jest ukończony. Wszystko to jednak zależy od indywidualności chorego i w każdym poszczególnym przypadku trzeba się z tem liczyć. Następną dawkę, zmniejszoną lub też zwiększoną stosownie do potrzeby, wstrzykuje się po upływie trzeciej doby. Gdyby dawka 0,05 okazała się za wielką, następną rozcieńczyć należy przekroploną wodą i wstrzyknąć połowę tejże t. j. 0,025. Postępując w ten sposób wynajdziemy poniekąd empirycznie dla danego chorego odpowiednią dawkę.

Przy leczeniu fosfacidowem należy dać choremu warunki spokoju tak fizycznego, jak i moralnego. Wobec subtelnych zmian, dokonujących się w drobinach protoplazmatycznych, nie należy temu przeszkadzać ani wysiłkami fizycznymi, ani też moralnemi wstrząśnieniami. Tak ciężko chorych, jak omawiany obecnie, trzeba bezwarunkowo trzymać w łóżku. Po zastosowaniu trzech wstrzyknięć należy zbadać krew i plwocinę, aby skontrolować zmiany, jakie w nich zachodzą.

W danym przypadku dawka fosfacidu okazała się odpowiednią. Odczyn autotuberkulinowy po upływie 18 godzin uwidocznia się tylko silniejszym suchym kaszlem, który po kilku godzinach przeszedł w wilgotny z obfitą plwociną. Ciepłota prawie się nie podnosiła, lub też wzniesienia jej trwały bardzo krótko i nie zostały dostrzeżone (mierzono co trzy godziny). Podmiotowo chory miał nieco większy apetyt, gorączka po trzeciem wstrzyknięciu zmniejszyła się: w ostatnich dwóch dniach nie podniosła się ponad 38·4. Przy badaniu krwi okazał się także dodatni wpływ leczenia. Hemoglobiny 61%, czerwonych ciałek krwi 3,700.000, białych 11,500. Grupowanie się białych ciałek krwi nieco się poprawiło, gdyż ilość neutrofilów jednojądrzastych zmniejszyła się, a llość limfocytów powiększyła. Przedstawiony w formie ułamka był stosunek ten: 68 + 15 + 1 = 84, 11 + 3 + 1 + 1 = 16. Zwiększona ilość czerwonych, a zmniejszona białych ciałek, świadczą także o dodatniem działaniu dawki fosfacidu w tym przypadku użytej. Wynik badania plwocin bez zmiany. — Wrzodzik na języku mniej bolesny, brzegi zaczerwienione, całość zaś wydaje się mniej szarą. Wobec takiego polepszającego się stanu pozostawiamy chorego przy tej samej dawce, t. j. 0·05 raz na trzy doby.

Po zastosowaniu znowu trzech wstrzyknięć wykazało badanie, że sprawa ma się ku lepszemu, choć postępy są nieznaczne.

Hemoglobiny 61%, czerw. ciał. kr. 3,800.000, białych 11,400. Formuła białych ciałek: 66 + 16 + 2 = 84, 12 + + 3 + 0 + 1 = 16. Ciepłota, jak dawniej najwyższa 38·4, nie codzień. Badanie plwocin: bez zmiany. Wrzodzik na języku mniej wrażliwy, nie daje się choremu odczuwać przy rozmowie. Wobec widocznej tendencyi do poprawy stanu, aby dodać ustrojowi nieco większego impulsu na tej drodze, następną dawkę zwiększyliśmy w dwójnasób, do 0,1.

Po pierwszem zastosowaniu tej dawki odczyn autotuberkulinowy dał się odczuć silniej: ciepłota 38·8. Na-

stępne dwa wstrzyknięcia nie wywołały już zmian, ani w ciepłocie, ani też w objawach fizycznych. Kaszel przytem był wilgotny prawie cały czas, z czego wnoszę, że przekrwienie w zajętych ogniskach trwało ciągle. Wrzodzik na języku, który jest więcej oczyszczony i przekrwiony stale, a z tej przyczyny nieco bolesny, to przypuszczenie potwierdza. Przekrwienie owo nie jest jednak bardzo silne, gdyż ani w rzężeniach, ani też w innych objawach oddechowych zmian wielkich nie widzimy. Ciepłota po pierwszem wstrzyknięciu tej dawki 0,1, była, jak wspomniano, 38·8. Następne wstrzyknięcia nie oddziaływały na nią. Po ostatniem wstrzyknięciu była ciepłota w ciągu tych trzech dni 38·2, ma więc skłonność do opadania. Badanie plwocin wykazuje większą ilość włókien elastycznych, przy niezmienionej liczbie bakteryi. Zwiększoną ilość włókien elastycznych tłomaczę sobie jako skutek przekrwienia, stale trwającego w ogniskach gruźliczych. Z tej przyczyny prędzej i łatwiej, jak sądzę, oddzielają się zmartwiałe ich części i z tej przyczyny również kaszel jest lżejszy, nie męczący. Apetyt lepszy. Trawienie prawidłowe.

Badanie krwi: Hemoglobiny 62%, czerw. ciałek krwi 4,000.000, białych 11,000. Stosunek białych ciałek krwi do siebie: 64 + 17 + 1 = 82%, 13 + 2 + 2 + 1 = 18%. Dawka 0,10 sprawiła znaczniejsze polepszenie w obrazie krwi przy jednakowym prawie stanie podmiotowym. Mamy już pewność, że w danym przypadku dawki fosfacidu dobrane zostały odpowiednio i tendencya ku polepszeniu widoczna. Nic nam więc nie wskazuje, by dawki nie powiększyć. Następną tedy dawkę zwiększamy o 0,05.

Po zastosowaniu po raz pierwszy dawki 0,15, ciepłota podniosła się po 20 godzinach do wysokości 38·5. Mały ból głowy, dreszczyki, tętno częste, wyżej 100. Kaszel w ciągu kilku godzin suchy, męczący. Po lekkich potach ciepłota opadła do 38·1, i tak się utrzymywała przez następne dwa dni. W czasie tego odczynu autotuberkulinowego, plwociny, znacznie więcej ropiaste, trudno się wydzielały. Następnie wykrztuszanie stało się mniej męczącem, choć było obfitem. Późniejsze dwa wstrzyknięcia w ciągu sześciu dni przeszły prawie bez odczynu; najwyższa ciepłota wynosiła 38·3 w 12 godzin po wstrzyknięciu, zresztą trzymała się około 38·1. Chory miał apetyt dobry, spał lepiej, czuł się dość rzeźkim. Obraz krwi jednak nie odpowiada temu podmiotowemu polepszeniu: Hemoglobiny 63½%, czerw. ciał. krwi 4,000.000, białych 11,000. Stosunek białych ciałek krwi: 62 + 18 + 2 = 82%. 15 + 2 + 0 + 1 = 18%. Wobec tego, że badanie krwi nie wskazuje większego ustalania się stosunku leukocytów, niż przy mniejszych dawkach fosfacidu, biorąc też na uwagę wydzielanie się plwociny ropiastej, dochodzę do wniosku, że należy pozostać przy tej samej dawce 0,15 jeszcze przez przeciąg trzech dni.

Ten drugi okres trzechrazowych wstrzyknięć dawki 0,15 dał znaczne polepszenie. Samopoczucie chorego wielce się podniosło, a przyczyniła się do tego i autosugestya, wywołana przez obserwowanie gojącego się widocznie wrzodzika na języku, który dotąd tyle niepokoju choremu sprawiał. Apetyt dobry, kaszel rzadszy, plwociny nieco mniej. Badanie plwocin wciąż jednak stwierdza wielką ilość włókien elastycznych. Ta sama ilość laseczników Kocha — po 6—8 w polu widzenia. Przy osłuchiwaniu polepszenie widoczne. Ciepłota opada stopniowo. Po wstrzykiwaniach tej seryi — żadnego odczynu nie było: najwyższa ciepłota wynosiła 38, średnio zaś trzymała się na wysokości 37·8—9. Badanie krwi, jak następuje: Hemoglobiny 65%. czerw. ciał. krwi 4,300.000, białych 10.600. Stosunek leukocytów: 56 + 20 + 1 = 77%, 18 + 4 + 1 + 0 = 23%. Z tego ogólnego polepszenia sądzić mojem zdaniem można, że zakażenie gruźlicze w danym przypadku zostało opanowane i że iść należy tą drogą dalej, a nastąpi wyzdrowienie. To też wobec nieoddziaływania prawie na trzy ostatnie wstrzyknięcia i przy tak ogólnem polepszeniu całego stanu chorego, co on sam stwierdzić może nawet podmiotowo (oglądając wrzodzik gruźliczy języka w lustrze), możemy podnieść dozę fosfacidu jeszcze wyżej. Zwiększać te dawki będziemy nieznacznie, a więc zawsze tylko o 0,05.

Po wstrzyknięciu 0,20 chory nie odczuł zmian żadnych. Ciepłota raz tylko wynosiła 38·2 przez parę godzin. Kaszel lżejszy, plwocina mniej ropiasta. Włókna elastyczne są w plwocinie w dużej ilości, bakteryi Kocha natomiast znacznie mniej; w trzydziestu polach widzenia naliczono 90. Ogólny stan dobry. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota zawsze podskakiwała do wyżej wspomnianej wysokości. Innych zmian nie zauważono. Wrzodzik języka po każdem wstrzyknięciu stawał się czerwieńszy, lecz w następnych dniach oczyszczał się znacznie i zmniejszał. Przy rozmowie już oddawna choremu nie przeszkadza, a przy ostatnich dawkach chory często zapominał o istnieniu tej ranki. Wyglądała ona świeżo, zaczęła ziarenkować, nadżarcia i zagłębienia wyrównały się. Ten wrzodzik gruźliczy, który można było obserwować, ułatwił mi wielce zrozumienie objawów, zauważonych przy osłuchiwaniu chorego. Przy badaniu płuc stwierdza się, że zniknęły prawie zupełnie drobnobańkowe rzężenia, a i wdech i wydech stały się mniej ostre. Obraz krwi idzie stale ku lepszemu: Hemoglobiny 68%. Czerw. ciałek krwi 4,500.000, białych 10,100 Formuła leukocytów: 50 + 22 + 1 = 73%, 20 + 5 + 1 + 1 = 27%. Wobec polepszenia można było znowu podwyższyć dawkę do 0,25.

Ponieważ większą ilość fosfacidu wprowadzono teraz do ustroju, należy dać mu więcej czasu do jej przerobienia. Zwykle sam stan chorego wskazuje lekarzowi, czy proces przemian biologicznych, wywołany fosfacidem, został zakończony, czy też trwa w dalszym ciągu.

Po wstrzyknięciu 0,25 chory nasz przeszedł przez takie same objawy odczynu autotuberkulinowego, jak i przedtem raz jeden przy dawce 0,15. Ciepłota, najwyżej dochodząca do 37·9, podskoczyła na 38·6. Odczyn nastąpił w 12 godzin od wstrzyknięcia, a trwał przeszło 18 godzin, wystąpiły wszystkie objawy, świadczące o zaostrzeniu całego przebiegu choroby. Przyczyną tego było, że chory zepsuł sobie żołądek i przez te trzy dni miał rodzaj choleryny. Czynności przewodu pokarmowego przy zakażeniu gruźliczem są niezmiernej doniosłości. W danym przypadku czynności te były dotychczas stosunkowo sprawne, obecne zaś zaburzenia przypisać należy silnej niestrawności, której chory sam się nabawił, zaspakajając zbyt gwałtownie swój powiększony apetyt. (W takich razach stosuję z wielkiem powodzeniem przy odpowiedniej dyecie nastój jodowy po 5—10 kropli w pół szklanki wody trzy, cztery razy na dobę. Zwykle po kilku dawkach zaburzenia żołądkowe ustępują. Przy powtarzających się często niedomaganiach tego rodzaju polecam stale zażywać jodynę w tej formie dwa razy dziennie lub raz na noc. Nieżytu przytem żadnego nie zauważyłem. Niektórzy chorzy przez pół roku stale zażywali po 10 kropel dwa razy dziennie. W danym przypadku po 6 dawkach po 5 kropel zaburzenia trawienia ustąpiły). Trzeciego dnia stan podmiotowy poprawił się, samopoczucie, sen, apetyt polepszyły się. Następne wstrzyknięcia dawki 0,25 nie wywołały podniesienia ciepłoty, ani też innych objawów odczynu autotuberkulinowego. Ciepłota po trzeciem wstrzyknięciu nawet zmniejszać się zaczęła, gdyż w ostatnich trzech dniach sięgała najwyżej 37·7. — Stan ogólny chorego, pomimo owej biegunki, w czasie tej seryi wstrzykiwań (0,25) był bardzo dobry. W płucach, zbyt nagle nawet, obraz się pozornie polepszył. Ma to jednak związek z owemi zaburzeniami żołądkowemi, w takich bowiem razach zmiany chorobowe w płucach u suchotników stają się przy osłuchiwaniu mniej wyraźne, co jednak nie znaczy, żeby zupełnie ucichły. — Obraz wrzodu na języku nie pogorszył się. Kaszel znacznie mniejszy, a plwocina mniej obfita, co również jednak, mojem zdaniem, ma w danym razie związek z zaburzeniem trawienia. Ilość bakteryi i włókien elastycznych w plwocinie prawie się nie zmniejszyła. Badanie krwi: Hemoglobiny 69%, czerw. ciał. krwi

4,600,000, białych 10.000. Formuła białych ciałek 62 + 19 + 1 = 82%, 16 + 1 + 1 + 0 = 18%. Formuła ta jest tylko odbiciem zaburzeń jelitowych. Następującej dawki fosfacidu nie zwiększyliśmy, a pozostaliśmy przy tej sumej 0,25, z tą różnicą jednak, że wobec zwiększonych dawek stosowaliśmy je odtąd co cztery, a nie co trzy doby.

Trzy wstrzyknięcia w czterodniowych odstępach przeszły zupełnie bez odczynu autotuberkulinowego. Samopoczucie chorego dobre; wrzodzik na języku, aczkolwiek mało się w ciągu tych dwunastu dni zmniejszył, stracił już swój pewien swoisty wygląd gruźliczy. Ciepłota cały czas zbytnio się nie podnosiła po wstrzyknięciach. Prócz okresu, w którym zwykle następuje odczyn, parę razy trzeciego i raz czwartego dnia dochodziła ciepłota do 38,0. Przedtem zaś przy przeszłych wstrzykiwaniach w te dni ciepłota była najniższą. Obraz krwi nie wskazuje wielkiego postępu: Hemoglobiny 69½%, czerw. ciał. krwi 4,600.000, białych 10.100. Formuła leukocytów: 58 + 23 + 2 = 83%, 14 + 2 + 1 + 0 = 17%. Z powyższych danych, jak również z ogólnego stanu chorego widzimy, iż pod wpływem ostatnich dawek 0,25 fosfacidu polepszenie idzie bardzo powoli. Decydujemy się powiększyć dawkę fosfacidu do 0,3.

Po zastosowaniu tej dawki odczyn autotuberkulinowy był bardzo silny. Ciepłota po upływie dziesięciu godzin podskoczyła do 39·1. Chory czuł się bardzo niedobrze, doznawał bolu głowy, łamania w całem ciele, suchego, męczącego kaszlu i dreszczy na przemianę z potami. Przy osłuchiwaniu odnosiło się wrażenie, że sprawa gruźlicza odnowiła się w zupełności. Wszystkie objawy, jak na początku leczenia, powróciły, nawet ze zdwojoną siłą. Trwało to jeszcze cały następny dzień, a więc 36 godzin. Czwartego dnia dopiero gorączka nieco spadła (do 38·6). Badanie moczu wykazało dużo fosforanów i szczawianów wapnia znacznie ponad normę. Piątego dnia ciepłota spadła do 38,1. Stan ogólny polepszył się, ostrość zmian w płucach zmniejszyła się. Wszystkie inne objawy stopniowo ustępowały. Siódmego dnia chory czuł się stosunkowo dobrze, wrzodzik na języku jednak wciąż był zaczerwieniony i bolesny. Stan płuc lepszy, zaostrzenie wszelako w okolicy jamy pozostało. Plwocina stała się więcej ropiastą, ilość bakteryi zwiększyła się, włókien elastycznych dużo. Badanie krwi: Hemoglobiny 62%, czerw. ciał. krwi 4,000.000, białych 10.800. Formuła leukocytów: 65 + 21 + 2 = 87%, 10 + 3 + 0 + = 13%. Okazuje się z tego, że w danym przypadku niepotrzebnie zastosowano większą dawkę fosfacidu.

Po upływie dni dziewięciu, t. j. gdy odczyn autotuberkulinowy, tak męczący chorego, zupełnie minął, wstrzyknięto choremu dawkę o połowę mniejszą, t. j. 0,15. Nie było potem żadnego odczynu. Ciepłota zaraz na drugi dzień spadła i w następnych dniach trzymała się najwyżej na 37·6. Wrzodzik na języku zaczął się zmniejszać, ziarenkując od brzegów. — Co trzy dni powtarzano dawki male, powiększając je za każdym razem o 0,05. Stan chorego wciąż się poprawiał. Przy dawce 0,25 badano chorego. W płucach znaczne polepszenie, kaszel o wiele mniejszy, w plwocinie bakteryi mniej. W trzydziestu polach widzenia 60, włókien elastycznych znacznie mniej. Wrzodzik na języku widocznie się zmniejsza. Ciepłota nie przekraczała 37,6. Wagi przybyło 3 kilogr. od początku leczenia (w czasie odczynu autotuberkulinowego w ciągu 9 dni chory stracił 1 kilgr.). Badanie krwi: Hemoglobiny 72%. czerw. ciał. krwi 5,000.000, białych 9200. Formuła leukocytów: 41 + 21 + 2 = 64%, 28 + 6 + 1 + 1 = 36%. Porównując obecną formułę stanu krwi przy dawce 0,25 z taką samą dawniejszą przy tejże dawce, widzimy znaczną różnicę ku lepszemu. Tę samą różnicę widzimy w stanie ogólnym. Możemy więc teraz zupełnie spokojnie przystąpić do wstrzyknięcia dawki 0,3. Po wstrzyknięciu 0,3 żadnych zmian odczynowych nie było. Ciepłota nie zwiększyła się ani razu. Kaszel mniejszy. Stan podmiotowy świetny. Ponieważ polepszenie jest widoczne, możemy się zdecydować na wstrzykiwanie jednej i tej samej dawki dwa razy z rzędu, zamiast trzy, jak dotychczas. Wstrzykując co cztery dni stopniowo (tylko o 0,05) powiększaną dawkę, doszliśmy do 0,5. Wówczas ponownie zbadano chorego i stwierdzono, co następuje: wrzodzik na języku, który był wielkości marki pocztowej, zajmuje teraz czwartą część tej przestrzeni. Ciepłota po każdem wstrzyknięciu dochodzi do 37·6, zwykle zaś trzyma się na 37·3. Kaszel lekki. Z trzydziestu pól widzenia w sześciu tylko zauważono włókna elastyczne. — Prątków gruźliczych w trzydziestu polach widzenia naliczono czterdzieści; wyglądają one przytem nieco odmienne, są grubsze i dłuższe. Badanie krwi: Hemoglobiny 80%, czerw. ciałek krwi 5,200.000, białych 8500. Formuła leukocytów: 25 + 28 + 3 = 56%, 33 + 8 + 2 + 1 = 44%. Badanie wykonano piątego dnia po wstrzyknięciu dawki 0,5.

Z powodu zwiększenia dawek postanowiliśmy powtarzać wstrzykiwania w dłuższych odstępach, aby dać im możność przerabiania się w ustroju. Następne więc wstrzykiwania robiliśmy co pięć dni. Idąc dalej w tym kierunku, dochodzimy do dawki 0,8, podwyższając o 0,05 każdą trzecią dawkę. Oględziny chorego wykazały, co następuje: Wagi przybyło mu sześć kilgr. od początku leczenia. Wrzodzik na języku bardzo mały. Stan płuc poprawił się znacznie. Jama zmniejszyła się, okolice zaś jej wracają powoli do stanu prawidłowego; rzężeń już nie słychać. Samopoczucie, apetyt, sen bardzo dobre; kaszel nieznaczny, plwociny mało się wydziela, a odchodzi ona łatwo. Badanie krwi: Hemoglobiny 84%, czerw. ciał. krwi 5,400.000, białych 8200. Formuła leukocytów: 20 + 30 + 2 = 52%. 38 + 6 + 2 + 2 = 48%. W plwocinie mniej włókien elastycznych: z trzydziestu pól widzenia znaleziono je tylko w trzech. Bakteryi również mniej: w trzydziestu polach naliczono 28. Wyglądają, jak ostatni raz wspomniano, niby dłuższe, a na nich zauważyć można pewne nierówności. Klinicyści niemieccy uważają to zjawisko za korzystne, przepowiadające prędkie zniknięcie bakteryi. Obecnie każdą dawkę fosfacidu zwiększamy o 0,1 i tak dochodzimy do 1,2.

Po wstrzyknięciu tej dawki chory, na drugi, trzeci i czwarty dzień czuł się osłabionym. Doznawał bolów w stawach i niedomagania ogólnego. Kaszel wzmógł się nieco, plwocina obficiej i łatwiej odchodzi. Ból głowy trwał trzy dni. Ciepłota najwyższa 37·4. W płucach zaostrzenia nie było. Chory przeleżał cztery dni. Badanie krwi: Hemoglobiny 90%, czerw. ciał. krwi 5,500.000, białych 8000. Formuła leukocytów: 15 + 30 + 3 = 48%, 40 + 10 1 + 1 = 52%. Badanie plwocin: w trzydziestu polach widzenia naliczono 11 laseczników o nierównej powłoce, przytem w kilku miejscach zauważono masę, złożoną z drobnych punkcików, zabarwioną na różowo: są to rozpadłe laseczniki. Prócz tego w każdem polu widzenia znaleziono po jednym lub po kilka kryształków kwasu moczowego. Włókien elastycznych bardzo mało.

Biorąc na uwagę dobry stan ogólny chorego, widzimy, że owo niedomaganie, bole w kościach i stawach nie są skutkiem wstrzyknięcia. Należy przeto szukać innego powodu. Kryształki kwasu moczowego, znalezione nawet w plwocinie, uważam za dowód, że chory nasz miał zwykły napad dnawy (artrytyczny). Napad ten trwał cztery dni, po upływie tego czasu badanie plwocin nie wykazało już kryształków kwasu moczowego. Bole stawowe ustąpiły i stan podmiotowy chorego powrócił do dawnego stanu.

Z powodu owego powikłania dnawego następujące wstrzyknięcie zrobiono dopiero po upływie dni 8. Po tem wstrzyknięciu zmiany w stanie podmiotowym chorego były nieco słabsze, bole w stawach mniej silne, chory leżał tylko dzień jeden, poczem wrócił zupełnie do równowagi. Drugiego i trzeciego dnia badanie plwocin znowu wykazało kryształy kwasu moczowego, później zaś już ich nie było. Laseczników mniej: w trzydziestu polach widzenia znaleziono tylko 1, natomiast więcej masy, zabarwionej na różowo. Włókna elastyczne znikły. Formuła krwi coraz lepsza;

Hemoglobiny 93%, czerw. ciał. krwi 5,400.000, białych 7800. Formuła leukocytów: 10 + 38 + 2 = 50%, 45 + 3 + 1 + 1 = 50%. Choremu przybyło 11 kilogramów od początku leczenia. Formuła krwi jest prawie prawidłowa.

U chorego naszego zaprzestano dalszych wstrzykiwań wobec tego, że formuła hematologiczna stanęła ponad normę. Jeżeli w ustrojach zupełnie zdrowych stwierdza się neutrofilów do 75%, a tylko 25% limfocytów, to w obecnym stanie naszego chorego, kiedy stosunek ten doszedł już mniej więcej do $^{50}/_{50}$, oznaczać to powinno, mojem zdaniem, uniemożliwienie dalszego rozwoju gruźlicy. Już sama tylko zwiększona ilość limfocytów przypuszczenie to według mnie potwierdza.

Po upływie czterech tygodni od zakończenia leczenia nie znaleziono w plwocinie laseczników, ani też włókien elastycznych. Od leczenia tego minęło już dwa lata. Były chory swoją pracę (chemik w cukrowni) spełnia, jest zupełnie zdrów, ożenił się.

Jeżeli mamy chorego, u którego w płucach niema jeszcze zbyt znacznych zmian, wówczas tak wielkich ostrożności w dawkowaniu fosfacidu zachowywać nie potrzeba.

Chorym gruźliczym w drugim okresie (Turbana) można od początku leczenia dawać odrazu większe dawki fosfacidu, mając jednak zawsze na względzie indywidualność chorego. Rozpoczynać więc można leczenie od 0,1, lub 0,2 i wyżej. Trzeba zawsze kierować się wynikami badania krwi i moczu, a wstrzykiwania ponawiać po skończonem działaniu ostatniego wstrzyknięcia. U tej kategoryi chorych na gruźlicę odczyn autotuberkulinowy może dojść do pewnej siły, trwa jednak niedługo, kilka, lub kilkanaście godzin tylko.

Zapomocą większych dawek fosfacidu ustrój znacznie się wzmacnia, a wyzdrowienie w krótkim stosunkowo czasie da się osiągnąć. Nie mam osobiście żadnej wątpliwości, że chory na gruźlicę w II. okresie, leczony fosfacidem, wyzdrawia bez porównania prędzej, aniżeli gdyby go leczono jakimkolwiek innym z obecnie używanych sposobów.

Bardzo efektownie dają się leczyć według mego zdania chorzy na gruźlicę w I. okresie, jak również ci, u których gruźlica nie objawiła się dotąd na zewnątrz, a której istnienia dowodzi odczyn autotuberkulinowy, wywołany wstrzyknięciem fosfacidu. W takich razach wyleczenie nastąpić może po kilku wstrzyknięciach dużych dawek fosfacidu. Dawki te 0,5—1,0—2,0, ze względu na ich wielkość, powinny być powtarzane w dłuższych odstępach czasu (raz na tydzień — raz na 10 dni), nie trzeba jednak i tu zapominać o indywidualności chorego i według tego się kierować. W ten sposób postępując, można wstrzyknąć i większe jeszcze dawki, n. p. 5,0, i nie obawiać się potem wywołania odczynu autotuberkulinowego.

Z 36 chorych, znajdujących się w III. okresie gruźlicy według klasyfikacyi Turbana, których przed dwoma laty leczyłem fosfacidem, wyzdrowiało osiem osób. Jestem tego pewny, gdyż od czasu do czasu mam sposobność ich widywać. Leczenie ich trwało od 6 do 15 miesięcy. Prócz nich z tej liczby 36 — 14 osób doznało znacznego polepszenia, leczenia jednak nie dokończyło. Reszcie chorych z tej kategoryi fosfacid nic nie pomógł. Z 28 chorych, znajdujących się w II. okresie, wyzdrowiało w tym samym czasie pod wpływem fosfacidu 19. Reszta leczenia nie dokończyła. Z tych ostatnich trzy osoby przechodziło powtórne leczenie fosfacidem. Obecnie (od roku przeszło) są zdrowe. Czas leczenia chorych tej kategoryi trwał od 3 do 8 miesięcy. Ze względu na mniej więcej silne zakażenie gruźlicze leczenie chorych tych dwóch kategoryi przeprowadzono ostrożnie, stopniowo, jak w wyżej opisanym przypadku. Z szesnastu zaś chorych, należących do I. okresu, wyzdrowieli wszyscy. Leczenie ich trwało od dwóch do czterech miesięcy. Przeprowadzono je energiczniej, większemi stosunkowo dawkami fosfacidu (od 0,2 do 1,5 i 2,0).

Działanie fosfacidu ujawnia się najwybitniej przy gruźlicy stawów, kości, gruczołów limfatycznych, skóry. Sam fakt, iż zakażenie gruźlicze w tych przypadkach znalazło w ustroju pewne tylko miejsca, odpowiednie dla swego rozwoju i tam się umieściło, dowodzi, że siły ustroju działają prawidłowo. Leczenie fosfacidem można wtedy przeprowadzić energiczniej, dając wielkie dawki tego leku.

Pod wpływem leczniczych właściwości fosfacidu zmiany gruźlicze stawów wszelkich stopni ustępują bez żadnego wysiłku ustroju. (Trzeba zawsze zwracać uwagę na indywidualizm chorego przy określaniu dawki).

Z chwilą wprowadzenia fosfacidu do lecznictwa[1]) leczenie gruźlicy stawów będzie, jak mniemam, uproszczone, gdyż można będzie przeprowadzać je w domu w zwykłych warunkach. Obserwowałem kilka przypadków gruźlicy stawu biodrowego (coxitis), wyleczonych zapomocą fosfacidu w czasie operacyi ortopedycznej, dokonywanej dla poprawienia zwichnięć i nieprawidłowego położenia główki kości biodrowej. We wszystkich miejscach, gdzie przedtem była sprawa gruźlicza, zauważyć było można rozrost tkanki łącznej.

W przypadkach, w których ortopedyczną operacyę przedsięwzięto nieco zawcześnie, można było znaleźć resztki nie wessanej gęstej masy, otoczonej torebką włóknistą. — Zabarwiwszy odpowiednio tę masę, można było się przekonać zapomocą mikroskopu, że jest to konglomerat rozpadłych ciał laseczników. Gdzie mamy czystą gruźlicę stawu biodrowego bez powikłania zakażeniem paciorkowcami, czy gronkowcami, tam pod wpływem fosfacidu sprawa w oczach prawie ustępuje. Wstrzykuje się, jak można najbliżej zajętego miejsca. W ten sposób pobudza się rozrost tkanki łącznej. Gdy zaś fosfacid dostanie się do samych miejsc zmienionych, to odkaża samo ognisko. Z tego powodu gruźlica chirurgiczna prędzej ustępuje pod wpływem tego leku, niż sprawy płucne. Dawki powinny być stosunkowo duże. Dziecko jednoroczne z niepowikłanej gruźlicy stawu biodrowego wyleczono zapomocą dawek od 0,05 do 0,5. Zwracano uwagę na odczyn i wyczekiwano zniknięcia objawów od poprzedniego wstrzyknięcia (obolałość, zaczerwienienie, gorączka). Starsze dzieci, stosownie do swych sił fizycznych, otrzymują od 0,1 do 1,0. Lepiej postępować powoli, śledząc wszelkie przejawy. Takie powolne leczenie może trwać dłużej, jest jednak pewniejsze z tego względu, iż wessanie się obumarłych tkanek posuwa się ciągle. Nie zauważyłem przy takiem stopniowo przeprowadzonem leczeniu owych nie wessanych mas. U dorosłych stosuje się duże dawki fosfacidu 1,0 do 5,0.

[1]) Romanowski uzyskał już w Departamencie lekarskim w Petersburgu przyjęcie swego przetworu do liczby środków leczniczych.

Zmiany gruźlicze gruczołów limfatycznych mogą się zupełnie zapomocą fosfacidu wyleczyć. Dawki wówczas ostrożnie się zwiększa. Nie należy dopuszczać do zbyt silnego odczynu autotuberkulinowego. Zauważyć należy, że ów odczyn przy gruźlicy gruczołów pojawia się prędzej, — już w kilka godzin po wstrzyknięciu, — i trwa krócej, aniżeli przy gruźlicy płuc. Wyobrażam sobie, iż fosfacid dostaje się prędzej z tkanki podskórnej do schorzałych gruczołów. Wstrzykiwanie robi się albo w tkankę podskórną gdziekolwiekbądź, lub też blizko miejsc chorobowo zmienionych, jeżeli anatomiczne położenie gruczołów na to pozwala. I tu fosfacid wywołuje rozrost tkanki łącznej. Przy operacyach, dokonywanych po skończeniu leczenia, gdy trzeba było ze względów kosmetycznych usunąć gruczoły na szyi, które się nie wessały, napotykano na wielkie trudności przy ich wyłuszczaniu. Rozrost bowiem tkanki łącznej otaczającej gruczoły był tak silny, że trzeba było je dosłownie wycinać.

Gruźlicę gruczołów leczy się takiemi samemi dawkami fosfacidu, jak i gruźlicę stawów. Gdy się tworzą przetoki, należy zachowywać większą ostrożność w dawkowaniu fosfacidu. Nie nadają się do leczenia tacy chorzy tej kategoryi, u których gruźlica usadowiła się także w innych narządach, tworząc mnogie ogniska. Dla tych niema ratunku.

Gruźlicę skóry w różnych stopniach również leczyć można fosfacidem. Wszelkie tuberkuloidy, z toczniem włącznie, również nadają się do leczenia tym środkiem. Przy gruźlicy skórnej ustrój zresztą zwykle jest zdrowy. Życiowe sprawy jego protoplazmy są prawidłowe, prócz tych miejsc naturalnie, w których prątki gruźlicze się usadowiły. Z tego powodu fosfacid wstrzykiwać tu można w dużych dawkach (indywidualizować je zawsze należy). Zwykły toczeń (lupus vulgaris) w słabym stopniu, u chorego średniej kompleksyi wyleczono przy dawkach 1,0—2,0, raz na dni 6—10. Leczenie trwało 9 miesięcy. Stan podmiotowy i wejrzenie takich chorych znacznie się poprawia. Okłady z fosfacidu na schorzałych miejscach przyspieszają wyleczenie.

Oczywiście leczenie gruźlicy fosfacidem nie wyklucza stosowania i innych leków, sprzyjających prędszemu zwalczeniu zakażenia. Najważniejszą jednak rzeczą przy leczeniu fosfacidem jest spokój i higieniczne warunki życia.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

A. Scheglmann. **Febris gastrica.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 6). Z chwilą wykrycia swoistego zarazka duru brzusznego stwierdzono, że wiele chorób z objawami durowymi, które uważano za osobne jednostki chorobowe, jest tylko nietypowemi postaciami duru brzusznego, jak n. p. t. zw. gorączka nerwowa, gorączka gnilna (Faulfieber), dur mózgowy i wiele innych. W ten sposób uległa zapomnieniu »gorączka żołądkowa« (»febris gastrica«), która jednakże z durem brzusznym niema nic wspólnego, a ma zupełne prawo stanowić osobną jednostkę chorobową. Autor miał sposobność widzieć dwie epidemie tej choroby, które szerzyły się w porze letniej wśród robotników rolnych. W większości przypadków choroba rozpoczyna się nagle dreszczem, gorączką i silnym bolem głowy w okolicy czołowej. Wysypek na skórze ani opryszczek na wargach nie zauważył autor w żadnym przypadku. Już w pierwszym dniu choroby pojawiają się silne poty i wstręt do jadła; wymioty zjawiają się w 2—3. dniu choroby. Chorzy skarżą się na bole w okolicy żołądka, osłabienie i bole członków. Brzuch, zwłaszcza w górnej części, wysklepiony, okolica żołądka już nawet przy lekkim ucisku silnie bolesna, w okolicy kątnicy często stwierdzić się daje kruczenie. Sledziona wyjątkowo tylko, i to w nielicznych przypadkach, nieznacznie powiększona. Biegunka jest prawie regułą. Gorączka, która w pierwszym dniu choroby dosięgła 40° C., utrzymuje się na tej wysokości przez dwa dni, z nieznacznymi tylko rannymi spadkami, w trzecim dniu choroby zaczyna opadać stopniowo (per lysin), znikając w ciągu 5—7 dni. Przyspieszenie tętna odpowiada gorączce, często jednakże mimo spadku gorączki szybkie tętno utrzymuje się przez dni 14. Najciekawszą jest etyologia tej sprawy chorobowej. Ponieważ choroba ta pojawia się wśród robotników rolnych w czasie żniw, dochodzi autor do wniosku, że zarazek, wywołujący ją, znajduje się na zbożu, z którego za pośrednictwem zanieczyszczonych rąk wraz z pokarmami dostaje się do przewodu pokarmowego. Fakt ten zdaje się jeszcze i to potwierdzać, że robotnicy rolni, których praca nie wymagała stykania się bezpośredniego z roślinami, na chorobę tę nie zapadali. Przenoszenia się choroby tej z ludzi na ludzi nie zauważył autor w żadnym przypadku.

Sokołowski.

C. Fischer. **Gruźlica płuc i mięśnie klatki piersiowej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 45). Wychudnienie, jakie stwierdzamy prawie w każdym przypadku przewlekłej gruźlicy, polega przedewszystkiem na zaniku mięśni, a zanik ten wywołany jest nie słabem przyswajaniem pokarmów w ustroju, lecz tylko zatruciem toksynami gruźliczemi. Prócz tego ogólnego objawu stwierdzić można i objawy miejscowe w mięśniach, położonych ponad miejscem, zajętem gruźlicą. I tak przy gruźlicy krtani (wprawdzie dopiero w okresach późniejszych) uderza długa wychudzona szyja, z mięśniami, napiętymi jak postronki, co zwłaszcza zwraca uwagę u tych osób, u których reszta mięśni nie uległa jeszcze zmianom. Podobne miejscowe wychudnienie stwierdzamy i przy jednostronnej gruźlicy płuc. Przy nierównem zaś usadowieniu się sprawy gruźliczej stwierdzić można i nierówny zanik mięśni. Zaniki dotyczą nietylko mięśni międzyżebrowych, lecz i mięśni łopatki i ramienia, co najlepiej stwierdzają próby zapomocą siłomierza. Z pracy swej wyciąga autor następujące wnioski: Mięśnie, pokrywające ognisko gruźlicze, są w świeżych przypadkach punktem wyjścia zaników. Zaniki te najłatwiej stwierdzić, badając mechaniczną pobudliwość mięśni. Pobudliwość ta jest wybinie zwiększoną, a polega ona na rozpoczynającem się zwyrodnieniu mięśni pod wpływem toksyn gruźliczych.

Sokołowski.

M. Rudolph. **Biała ospa.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 6). Autor od roku obserwuje w Brazylii ostrą zakaźną chorobę wysypkową, niezwykle przypominającą ospę prawdziwą. Przebieg gorączki, obraz wysypki w okresie pierwszym, nie pozwala nawet w tym czasie na odróżnienie tych dwóch spraw chorobowych. W drugim okresie choroby gorączka nie wznosi się powtórnie, jak to się dzieje w ospie w okresie ropienia. Wysypka na skórze i na wszystkich błonach śluzowych powiększa się, guzki zmieniają się w pęcherzyki, wypełnione białą lub białawo-żółtą cieczą, a cała skóra wygląda, jakby skropiona wapnem (stąd nazwa ospa biała). Pępka ospowego na szczycie guzków nie zauważył autor nigdy. Biała ospa pozostawia również po sobie blizny, które jednakże, ponieważ sprawa zapalna toczy się tutaj tylko w samej skórze, już po kilku miesiącach znikają bez śladu. Niekiedy jednak, o ile przy-

łączy się wtórne zakażenie, pozostają blizny na stałe, lecz wówczas są niezbyt głębokie, o brzegach nieregularnych, wystrzępionych. Blizny te są tak charakterystyczne, że mogą służyć do rozpoznania różniczkowego. Szczepienie ochronne przeciw ospie chroni zarazem przeciw tej chorobie, jednakże tylko na przeciąg sześciu miesięcy. Śmiertelność dochodzi do 2—$2^1/_2$%. Sokołowski.

Leede. **Wybroczyny skórne, wywołane przez bierne przekrwienie, jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu płonicy.** (Münch. med. Woch. Nr 6 1911). Powyżej stawu łokciowego zakłada autor na przeciąg 10—15 minut opaskę elastyczną, przyczem wywiera tak silny ucisk, by żyły wystąpiły wyraźnie, a tętno było dobrze wyczuwalne. Po zdjęciu opaski stwierdzał autor w przypadkach płonicy prawie bez wyjątku, w przegubie łokciowym wybroczyny podskórne, występujące jako ciemne plamy. Powstawanie tych wybroczyn tłómaczy zmianami w naczyniach włosowatych, które wywołują łatwiejsze ich pękanie. Ponieważ podobne zmiany w naczyniach włosowatych powstają i w przebiegu innych chorób zakaźnych, np. w odrze (jednakże w znacznie mniejszym stopniu), zatem tylko ujemny wynik próby zastoinowej przemawia przeciw płonicy, dodatni zaś tylko w związku z innymi objawami może być pomocny w rozpoznaniu. Sokołowski.

Linossier. **Leczenie pospiesznego jedzenia (tachyphagie).** (Paris médical 1911 Nr 4). Czynność jamy ustnej jest jedyną fazą sprawy trawienia zależną od woli, warunki życiowe jednak zazwyczaj przeszkadzają ludziom w oddawaniu się prawidłowemu żuciu pokarmów. Wszelako ma ono bardzo doniosłe znaczenie, bo soki trawienne żołądka i jelit znacznie lepiej działają na pokarmy rozdrobnione, i siła trawienia zwiększa się proporcyonalnie do powierzchni zetknięcia. Nadto w pokarmach roślinnych jest substancya odżywcza zawarta w osłonce z błonnika, która przy żuciu ulega zmiażdżeniu, przez co umożliwione jest trawienie. Ptyalina, zawarta w ślinie, przemienia skrobię w cukier, a ślina stanowi według Pawłowa wybitny środek pobudzający wydzielanie chemiczne w żołądku. Doświadczenia Fletchera wykazały, że przy tej samej dyecie i w tychsamych warunkach samo zwrócenie uwagi na dokładność żucia przyczynia się do przyrostu ogólnego siły mięśniowej. W celach leczniczych nie wystarcza często choremu samo polecenie powolnego jedzenia, bo często chorzy tacy cierpią na nerwicę, która wywołuje u nich pośpiech mimo najlepszych chęci. Jedynie racyonalny dla chorego jest przepis, określający ściśle czas, jak długo ma trwać jedzenie obiadu (np. 3 kwadranse) i kolacyi (np. 1 godzinę). Ażeby jednak nie spotęgować żarłoczności u chorych, radzi L. podawać potrawy w określonej ilości i określić średni czas jednego dania (5—10 minut). Pożądana jest też przewaga pokarmów nieco suchszych bez znaczniejszego dodatku płynów. W przypadkach ciężkiej nerwicy należy wręcz przyzwyczaić chorego do starannego żucia zapomocą ciągłego i stałego dozoru osób trzecich przy każdem jedzeniu. Dr Blassberg.

Lipowski. **Leczenie przewlekłego zaparcia stolca za pomocą lewatyw z parafiny.** (Münch. med. Woch. Nr 50 1910). Autor wychodzi z założenia, że błona śluzowa jelita grubego ludzi cierpiących na przewlekłe zaparcie stolca odznacza się niezwykłą zdolnością wchłaniania. Skutkiem tej własności treść jelita zostaje pozbawiona wody i staje się twardą zbitą masą, która przylega ściśle do ścian jelita, drażni je i w następstwie wywołuje zmiany anatomiczne. Zmniejszając zatem chłonienie wody w jelicie grubem, tem samem przeszkadzamy w wytwarzaniu się zbitych mas kałowych. W tym celu poleca autor zastosowanie lewatyw z tej mieszaniny parafiny, która przy 38° C ma konsystencyę maści. U chorych tą metodą leczonych stwierdził L. już po kilku tygodniach zupełną poprawę. Sokołowski.

M. Riehl. **Spadek ciepłoty żołądka przy zewnętrznem działaniu zimna.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 52). Autor, mierząc zapomocą specyalnie urządzonego termometru ciepłotę żołądka przed i po zastosowaniu zimnych okładów na powłoki brzuszne, stwierdził, że różnica w ciepłocie wynosi średnio 1° C. Równocześnie mierzona ciepłota w odbytnicy wykazywała różnicę średnio 0·5 C. Najniższa ciepłota, stwierdzona po zastosowaniu zimnych okładów, wynosiła w żołądku 35·7° C, w odbytnicy 36·7° C. Sokołowski.

Doc. W. Hildebrandt. **Urobilina we krwi.** (Münch. med. Woch. Nr 49 1910). Autor opisuje przypadek ciężkiego zapalenia płuc, zakończonego zejściem śmiertelnem, w którym to przypadku surowica krwi okazywała zieloną fluorescencyę, pochodzącą od obecności urobiliny. Fluorescencya pojawiła się dopiero po dłuższem staniu surowicy na świetle i przy dostępie powietrza. Autor przypisuje to temu, że dopiero z urobilinogenu, który prawdopodobnie wyłącznie tylko może krążyć we krwi, skutkiem utlenienia powstaje urobilina. Obecność urobilinogenu w surowicy stwierdził H. za pomocą odczynnika Ehrlicha (p-dimethylamidobenzaldehydu; kropla surowicy, zmieszana z kroplą odczynnika na białej płytce porcelanowej, daje, w razie obecności urobilinogenu, zabarwienie czerwone). Sokołowski.

Kirchheim. **O działaniu i dawkowaniu adrenaliny wstrzykiwanej podskórnie.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 51). Według doświadczeń autora adrenalina, zastosowana podskórnie, w przeciwieństwie do stosowanej śródżylnie jest zupełnie bezpiecznym lekiem, a użyta w ten sposób przy osłabieniu serca w chorobach zakaźnych (tylko w tych chorobach autor ją stosował) wywierała bardzo dobre działanie. Wstrzykując adrenalinę w dawkach stosunkowo wielkich i to nawet przez dłuższy przeciąg czasu, nigdy nie zauważył K. niepożądanych ubocznych objawów. K. przypisuje to temu, że stosując adrenalinę podskórnie, a nie śródżylnie, nie wywołuje nagłego podniesienia parcia w naczyniach. Lek ten stosował K. również zapobiegawczo i odniósł wrażenie, że w kilku przypadkach zapobiegł grożącemu zapadowi, czegoby, jak sądzi, nie osiągnął, stosując zwykłe środki sercowe. (Adrenalinę stosuje K. w dawkach co 2 godziny $^1/_2$—1 mg, a w razie grożącego zapadu podnosi dawkę nawet do 3 mg). Sokołowski.

Krehl. **Przestroga przed nadmiernem stosowaniem jodu.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 47). Krehl zwraca się przeciwko zakorzenionemu zwyczajowi podawania w nadmiernych dawkach jodu, zwłaszcza przy zmianach w gruczole tarczowym i przy stwardnieniu tętnic. Często zdarza mu się widzieć chorych z powiększonym gruczołem tarczowym, u których dopiero po zastosowaniu jodu występowały zaburzenia czynnościowe. Zaburzenia te polegają na t. zw. tyreoidyzmie, objawiającym się już to znacznem wychudnieniem, już też zboczeniami w sferze psychicznej i nerwowej, przyspieszeniem tętna, nierzadko również i gorączką. To też autor w przypadku zmian w gruczole tarczowym wstrzymuje się zupełnie od podawania jodu, radząc raczej zabieg operacyjny. Wyjątek stanowi tylko wól podmostkowy, nie dający się operacyjnie usunąć.

Trudność stosowania jodu leży właśnie w nieobliczalności jego działania, gdyż trudno z góry osądzić, który chory z wolem będzie znosił jod, a który odpowie na lek ten objawami tyreotoksycznymi. Objawy te bowiem występują już to po dawkach minimalnych, już też po dłuższem używaniu tego środka. Nie zaprzeczając, że w wielu przypadkach jod oddaje rzeczywiście wielkie usługi, sądzi autor, że w podawaniu tego leku przekracza się często miarę. Podobnie ostrożnym co do podawania jodu należy być i w przypadkach stwardnienia tętnic. Autor spostrzegał cały szereg przypadków miażdżycy tętnic, gdzie jod, zastosowany po jednym gramie dziennie przez dni 14, wywołał ciężkie tyreotoksyczne objawy, zwłaszcza u chorych z powiększonym gruczołem tarczowym. Sokołowski.

Fleischmann. **O różnej wrażliwości na jod.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 4). Krehl w jednej ze swych ostatnich prac potwierdził zapatrywanie Rilleta, że jod u lu-

dzi, mających wole, może nawet w dawkach bardzo małych wywołać objawy znane pod nazwą tyreoidyzmu. Autor podnosi, że wrażliwość na jod jest różna w różnych okolicach i porównuje okolicę Berlina, wolną od endemicznego wola, z okolicą Bazylei i Berna, gdzie choroba ta pojawia się nagminnie. Jako podstawę swych badań klinicznych przyjmuje F. fakt, że pierwszym objawem tyreoidyzmu jest przyspieszenie tętna, występujące już w krótkim czasie po zażyciu jodu. Zestawienie tabelaryczne wykazuje przedewszystkiem zwiększoną wrażliwość na jod w Bazylei i Bernie, gdzie w 68% (Bazylea) i 23% (Berno) przypadków występowało po zażyciu jodu przyspieszenie tętna, natomiast u chorych z okolic Berlina wystąpiło ono tylko w 3,7% przypadków. Ważnym wynikiem zestawienia jest również fakt, że u chorych, u których F. stwierdził przyspieszenie tętna, tylko w 16% stwierdził równocześnie powiększenie gruczołu tarczowego. Statystyka autora zgodnie z zapatrywaniami Krehla dowodzi, że wrażliwość na jod w okolicach, w których panuje wól, nie pozostaje w związku z powiększeniem gruczołu tarczowego, lecz istnieje również i przy rzekomo niezmienionej tarczycy. Sokołowski.

Bielajew. **Przyczynek do badań nad zmianami krwi przy chorobie Basedowa i zwykłym wolu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 7). W roku 1908 prof. Kocher i równocześnie z nim Caro ogłosili swoje badania nad składem krwi chorych na chorobę Basedowa, a wyniki ich badań potwierdziły prawie wszystkie późniejsze prace na ten temat. Wiadomo dziś, że u chorych na chorobę Basedowa znajdujemy nieznaczną leukopenię, wybitną limfocytozę bezwzględną i odsetkową, zmniejszenie ilości neutrofilów, powiększenie ilości wielkich jednojądrzastych limfocytów i brak eozynofilii, którą znajdował tylko Kocher. Wyniki, otrzymane przy zwykłym wolu, są niezgodne: jedni badacze nie znajdowali patologicznych zmian we krwi, inni znowu wykrywali podobne zmiany, jak w chorobie Basedowa. Bielajew w 5 przypadkach choroby Basedowa i 15 przypadkach wola starał się sprawdzić wyniki badań swoich poprzedników i doszedł do wniosku, że przy obu chorobach zmiany we krwi są jednakie, a mianowicie takie, jakie opisano przy chorobie Basedowa, z tą tylko różnicą, że przy zwykłym wolu zmiany te są mniej wyraźne. Zmiany we krwi zatem nie mogą według B. być użyte do rozpoznania różniczkowego pomiędzy dwoma temi chorobami. Dr A. Modrzewski.

Polański. **Przypadek napadowej hemoglobinuryi.** (Prakticz. Wracz 1911 Nr 4). Mężczyzna 48-letni, urzędnik kolei żelaznej, od 10 lat cierpi na typowe napady hemoglobinuryi, powtarzające się po każdem ochłodzeniu nóg. Napady zwykle trwały 2—3 godzin, przyczem chory za każdym razem czuł się nadzwyczaj osłabionym i musiał leżeć w łóżku. Autor zauważył, że na zjawianie się i siłę napadów zły wpływ wywierał czczy żołądek i zaparcie stolca. Przyczynę choroby upatruje autor w przebyciu przymiotu i w słabości ustroju ze znacznie rozwiniętą neurastenią. Autor zastanawia się nad pytaniem, czy nie jest to choroba nerwowa, mianowicie objaw odruchowy z zaburzeniem układu naczyniowego i jednoczesną nieprawidłowością krwi, wyrażającą się w niedostatecznej trwałości ciałek czerwonych (przymiot). Leczenie przedewszystkiem przyczynowe (przymiot, zimnica), a następnie seroterapia przy pomocy surowicy Widala. W przypadku autora leczenie. przeciwprzymiotowe dało odrazu nadzwyczaj pomyślny wynik. T. Makowski.

Hausman. **O kątnicy ruchomej i wędrującej.** (Prakticz. Wracz 1911 Nr 4). Zająwszy się za przykładem Prof. Obrazcowa metodycznem obmacywaniem okrężnicy, zwrócił autor uwagę na ruchomość kątnicy. Zauważył on, że kątnica w niektórych przypadkach łatwo dawała się przesuwać ze swego łożyska do wysokości pępka, a nawet i wyżej — do łuku żebrowego. Tacy chorzy zwykle cierpią na zaparcie stolca, a także odczuwają mniej więcej silne boleści. Autor rozróżnia obecnie dwie postacie kątnicy ruchomej: 1) kątnica leży na swojem miejscu, ale łatwo daje się przesuwać; 2) kątnica znajduje się w nieprawidłowem miejscu (»kątnica wędrująca«), ale łatwo daje się odprowadzić na miejsce właściwe (reponować), zasadnicza różnica od tak zwanej przemieszczonej (ektopia) kątnicy. Wędrująca kątnica sprawia zwykle wrażenie ciała naprężonego z powodu rozciągnięcia przez gazy i zgrubienia ścian. Może ona łatwo być mylnie wzięta za wędrującą nerkę; zabezpieczyć może przed tą omyłką prócz wymacania nerki na właściwem miejscu jeszcze ta okoliczność, że kątnica zwykle znajduje się poniżej okrężnicy poprzecznej, nerka zaś zwykle powyżej, a także stwierdzenie kruczenia przy obmacywaniu kątnicy. Nareszcie można zwykle zauważyć, że część przykątnicza jelita biodrowego przesuwa się razem z kątnicą. Przy obmacywaniu części przykątniczej jelita biodrowego trzeba zawsze zwracać uwagę na to, czy nie wyczuwamy wyrostka robaczkowego: jelito biodrowe skurczone może łudząco przypominać wyrostek (część przykątnicza jelita biodrowego daje się wymacać w 70—80%, wyrostek robaczkowy w 15%). W celu usunięcia opisanej nieprawidłowości autor podobnie, jak chirurg Wilms, poleca zabieg operacyjny (przyszycie kątnicy). U chorych, którzy się na operacyę nie zgadzali, przez długi czas stosował autor z dobrym skutkiem lewatywy z oliwy według metody Ebsteina. T. Makowski.

Chirurgia.

S. Riepin. **O leczeniu ropnych wysięków opłucnej sposobem Lewaszowa.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 7). Sposób L. polega na tem, że z jamy opłucnej wyciągamy, najlepiej strzykawką Dieulafoya, wysięk (płyn surowiczy, surowiczo-ropny czy ropny), dopóty, dopóki chory nie uczuje pewnej bolesności. Następnie wprowadzamy do opróżnionej jamy opłucnej taką samą ilość ciepłego rozczynu fizyologicznego soli kuchennej; następuje ponowna aspiracya i nowe wstrzyknięcie i t. d. aż do otrzymania płynu przeźroczystego. Sposób ten, jak dotychczas, stosowano bodaj wyłącznie tylko w Rosyi; w Europie zachodniej stosuje go jeden tylko prof. Maragliano, i to przy wysiękach surowiczych. R. przytacza 28 przypadków wysięków opłucnej, leczonych tym sposobem, z tych 7 surowiczo-ropnych i 21 czysto-ropnych. Wszystkie wysięki pierwszej kategoryi zostały wyleczone; z drugiej wyleczono 8, to znaczy 35%. Zabieg powtarzano mniejwięcej co dni 10; ilość zabiegów od 1 do 6. Wnioski autora są następujące: Sposobu Lewaszowa nie należy uważać za nadający się do leczenia wszelkiego rodzaju ropniaków opłucnej; ale w niektórych przypadkach, kiedy wykonanie operacyi krwawej jest w danej chwili ryzykowne, sposób ten zasługuje na uwagę, jako operacya tymczasowa. Przy leczeniu wysięków pochodzenia pneumokokowego daje on wyniki trwałe, jest zatem tutaj zabiegiem doszczętnym. Leczenie sposobem Lewaszowa wysięków surowiczo-ropnych, sądząc z piśmiennictwa, dawało zawsze wyniki dodatnie. M. Łążyński.

D. Eskin. **Z kazuistyki ciąży zamacicznej i zawężlenia jelit.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 4). Jako osobliwość w przypadku spostrzeganym podaje autor tę okoliczność, że jelito było okręcone dokoła podległego zapaleniu przydatku sieciowego (appendix epiploica) okrężnicy. Przydatek był niezwykle długi (9 cm.) i przyrósł do guza, który się okazał podczas operacyi ciążą zamaciczną. Wynik zabiegu pomyślny. M. Łążyński.

Heddäus. **Mięsak groniasty szyjki macicy z następowym przerzutem w opłucnej.** (Arch. f. klin. Chir. T. 94. Z. I. 1910). Autor opisuje przypadek groniastego mięsaka macicy u 48-letniej kobiety, u której pomimo wycięcia macicy w kilka miesięcy po operacyi wystąpiły objawy wysięku opłucnego, a resekcya żebra pozwoliła stwierdzić mięsaka opłucnej. Te mięsaki macicy charakteryzują się: 1) makroskopowo groniastą postacią, 2) mikroskopowo różnorodnością utkania, są to zatem nowotwory mieszane, 3) bardzo

wielką złośliwością i 4) rzadkością przerzutów w odległych narządach. Przypadek autora posiadał wszystkie te cechy, a odznaczał się nadto tem, że przerzut w opłucnej okazał się nietylko mikroskopowo mięsakiem mieszanym, ale i makroskopowo przypominał groniastą budową nowotwór pierwotny. Ze względu na wielką złośliwość tego nowotworu radzi autor wszystkie polipy w szyjce macicy badać zawsze mikroskopowo i w razie stwierdzenia utkania mięsaka operować bardzo doszczętnie. Pisarski.

Felten. **O przepuklinach pęcherzowych.** (Archiv. f. klin. Chir. T. 94. Z. 1. 1910). Ponieważ próżny pęcherz w prawidłowych stosunkach nie sięga do zwykłych bram przepuklinowych, przeto niezbędnym warunkiem do powstania przepukliny pęcherzowej jest wypełnienie pęcherza; zrosty lub uchyłki mogą również być powodem przepukliny. Otrzewna pokrywa pęcherz tylko od góry i boków i połączona jest z nim wiotką tkanką; przy wypełnieniu pęcherza otrzewna łatwo się zesuwa, a przez szczelinę w mięśniach brzusznych wydostaje się na zewnątrz sam pęcherz moczowy, nie pokryty otrzewną; są to t. zw. zewnątrzotrzewne przepukliny pęcherzowe (extraperitoneale Blasenhernien). Zdarza się, że pęcherz, który do przepukliny dostaje się bez pokrycia otrzewną, pociąga za sobą fałd otrzewnej, do którego to worka otrzewnego mogą się następowo dostawać inne trzewia; takie przepukliny nazywa autor przepuklinami przyotrzewnemi (paraperitoneale Blasenhernien). W przypadkach, gdzie otrzewna jest silnie z pęcherzem zrośnięta i przy wypełnieniu pęcherza nie może uledz zesunięciu, wypukla ją pęcherz przed sobą i wytwarza się zwykła przepuklina wewnątrzotrzewna (intraperitoneale Blasenhernie). Zdarza się, że przez rozstęp w błonie mięsnej pęcherza wydostaje się na zewnątrz błona śluzowa i w postaci woreczka stanowi treść przepukliny; również uchyłki pęcherzowe, złożone z błony śluzowej i mięsnej, bywają treścią przepukliny. Czyste przepukliny pęcherzowe są rzadkie, częściej napotyka się w przepuklinie obok pęcherza, jelita lub sieć. Ponieważ objawy jelitowe w takich przepuklinach przeważają, obecność pęcherza w worku przepuklinowym bywa zazwyczaj zapoznawana i to bywa powodem częstych skaleczeń pęcherza podczas zabiegu operacyjnego. Bardzo trudno jest w takich przypadkach rozstrzygnąć, czy pęcherz, czy też jelita stanowiły pierwotną przepuklinę, a która z tych części została następowo wciągnięta. U dzieci są przepukliny pęcherzowe bardzo rzadkie; najczęściej trafiają się u mężczyzn pomiędzy 50. a 60. rokiem życia, u kobiet rzadziej, a wogóle biorąc, są zjawiskiem rzadkiem. Rozpoznanie przepukliny pęcherzowej bywa czasem bardzo trudne. Niejednokrotnie skarżą się tacy chorzy na częste oddawanie moczu i ból podczas moczenia; często bywa, że guz duży po oddaniu moczu maleje lub bezpośrednio po oddaniu moczu zjawia się znowu potrzeba jego oddania, co wytłómaczyć można tak, że przy zmianie położenia mocz, znajdujący się w części pęcherza w przepuklinie, wlewa się do właściwego pęcherza. Uwięźnięcie przepukliny pęcherzowej daje podobne objawy, jak i inne przepukliny, wskutek uwięzienia otrzewnej. Jeżeli chodzi o rozpoznanie pęcherza podczas operacyi, służyć mogą jako punkty wytyczne błona mięsna, nagromadzenie tkanki tłuszczowej w jego otoczeniu, a wreszcie przesuwanie badanego tworu między palcami, przyczem wyczuć można przesuwanie się gładkich powierzchni błony śluzowej. Zasady postępowania przy przepuklinach pęcherzowych są podobne, jak przy zwykłych przepuklinach. Przepuklinę pęcherzową niepowikłaną, jeżeli niema ogólnych przeciwwskazań, należy operować ze względu na możliwość uwięźnięcia, powstania nieżytu lub kamienia. Przy przepuklinach uwięźłych należy uwolnić część uwięzłą, a bramę przepuklinową zaszyć. Jeżeli część pęcherza uległa martwicy, wycina się ją, pęcherz dokładnie zeszywa, zakłada cewnik na stałe, a ranę zawsze przy otwarciu pęcherza setonuje. Pisarski.

Zondek. **Obłuszczenie (decapsulatio) i nacinanie (scarificatio) nerki i ich kliniczne znaczenie.** (Tow. lek. wied. XII. 1910). Obłuszczenie nerki z torebki nie jest wcale obojętnym dla ustroju zabiegiem, zwłaszcza, że w następstwie tworzy się twarda bliznowata pochewka. Dlatego też Zondek na podstawie swych badań poleca zamiast obłuszczenia, skaryfikacye, t. j. delikatne a liczne nacięcia powierzchowne kory nerkowej. Nacięcia te wskazane są w następujących cierpieniach: przy angioneurozach nerki, przy bólach z powodu fizyologicznej wązkości moczowodu, przy rzucawce porodowej, zastoinie nerkowej i licznych ropniach. Natomiast w przewlekłem zapaleniu nerek tak obłuszczenie, jak nacięcia nie mają uzasadnienia; co najwyżej łagodzą bóle, ale na chorobę wcale dodatnio nie wpływają. K.

Zappinger. **Przyczynek do nauki o typowem i nadkłykciowem złamaniu kości sprychowej.** (Arch. f. klin. Chir. T. 94. Z. 1. 1910). Jakkolwiek sprawa złamania kości sprychowej posiada bardzo obfite piśmiennictwo, to jednak Z. uważa za pożyteczne omówienie tej sprawy, ze względu na wielkie różnice w zapatrywaniach co do rokowania, techniki leczenia i osiągniętych wyników leczenia. Dotychczasowe sposoby wykonywania repozycyi i ustalania kończyny omawia Z. krytycznie, dopatruje się w nich wielu błędów i podaje wreszcie swoją metodę, którą od 5 lat stosuje z doskonałymi wynikami. Stara on się mianowicie dokonywać repozycyi w takiem ustawieniu ręki, przy którem mięśnie i ich ścięgna nie wywierają żadnego wpływu na staw i kości. Ułożenie takie uzyskuje przez ustawienie dłoni w zgięciu grzbietowem (flexio dorsalis) przy lekko zgiętych palcach. Przy tem ułożeniu ręki łatwo jest utrzymać odłamki w należytem położeniu. Chory przy zabiegu siedzi; ręka w łokciu zgięta; po nadaniu kończynie poprzednio opisanego położenia, pociąga Z. w kierunku osi podłużnej; odłamki zazwyczaj łatwo dają się ustawić. Przy nadłamaniu (infrakcyi) wystrzegać się należy za silnego pociągania, bo można wywołać zupełne złamanie; wystarczy lekkie pociąganie, wprowadzenie ręki w lekką pronacyę z równoczesnem podpieraniem miejsca złamania od dołu. Po odprowadzeniu powinna być kończyna zgięta w łokciu, w lekkiem zgięciu grzbietowem, pomiędzy pronacyą a supinacyą, a palce do połowy zgięte; w tem położeniu ujmuje Z. rękę w opatrunek utrwalający. Natychmiast po założeniu opatrunku poleca Z. choremu wykonywać wydatne ruchy palcami, a po 3—4 dniach miesi miejsce złamania 2 razy dziennie; po 6 dniach ruchy bierne stawu. Pomiędzy temi posiedzeniami nosi chory opatrunek utrwalający. Miesienie musi być wykonywane ostrożnie, ażeby nie wywołać nowej dyslokacyi. Po 4—5 tygodniach uzyskuje Z. zupełne wyleczenie, tak co do ustawienia kończyny, jak i co do czynności. Pisarski.

Laryngologia i otyatrya.

Beck. **O znaczeniu kiły w patologii otosklerozy.** (Monatschr. f. Ohrenhk. 1910. Z. 5). W przeciwieństwie do wielu, hołdujących starej szkole, która jeszcze ciągle dopatruje się związku przyczynowego między otosklerozą a kiłą, autor odrzuca jakikolwiek związek przyczynowy z kiłą, a opiera swe zapatrywanie na odczynie Wassermanna. Wśród 42 przypadków otosklerozy odczyn wypadł 37 razy ujemnie, 3 razy średnio dodatnio, a tylko w 2 przypadkach wyraźnie dodatnio. Wyniki te potwierdzają zresztą kliniczne doświadczenia także innych autorów nowszej daty, którzy odrzucają już stanowczo, nawet bez próby serologicznej, wpływ przyczynowy kiły w otosklerozie (do czego sprawozdawca gorąco przyłączyć się może). A. B.

West. **Resekcya okienkowa przewodu nosowołzowego w przypadkach zwężenia.** (Archiv f. Laryng. Tom XXIV. str. 62). W miejsce zabiegów większych od strony wnętrza nosa, skombinowanych z wycięciem przedniego końca małżowiny dolnej, zaleconych przez Caldwella, Kiliana i Passowa, zakłada autor przetokę przewodu nosowołzowego ku jamie nosowej, powyżej małżowiny dolnej, przyczem usunięty zostaje jedynie kawałek kości łzowej, a nie-

kiedy też i kości szczęki górnej. Na siedem przypadków, w ten sposób operowanych, w pięciu uzyskano zupełne wyleczenie, a w dwóch poprawę. Zabieg wykonywa się dłutkiem wklęsłem, przy znieczuleniu miejscowem kokainą z adrenaliną. Oryentacyę podczas zabiegu ułatwia wprowadzony do przewodu zgłębnik. Przez wytworzoną w ten sposób przetokę łzy odpływają do jamy nosowej.

W sposobie Westa znajdujemy łatwy, a chorego oszczędzający zabieg, który powinienby też zastąpić wykonywane niekiedy wycięcie woreczka łzowego w przypadkach jego zapalenia (dacryocystitis), będących następstwem zwężenia przewodu nosowołzowego. A. B.

O. Hirsch. **O sposobach operacyjnego leczenia guzów przysadki mózgowej drogą śródnosową.** (Arch. f. Laryng. Tom XXIV. str. 129). Autor, wytrwały zwolennik usuwania guzów przysadki mózgowej od strony wnętrza nosa, podaje udoskonalony sposób, polegający na podśluzowem wycięciu przegrody nosowej, w przeciwieństwie do sposobu pierwotnego, przy którym usuwano przegrodę nosową wraz z błoną śluzową. Powtóre otwiera autor obecnie obie jamy kości klinowej, a nie jak pierwotnie jedną z nich, przez co ułatwia sobie dostęp do guza przysadki. Z czterech operowanych przypadków, trzy operował H. tym nowym sposobem. Pewne wyniki zabiegów operacyjnych nie przewyższają jednak podobnych, uzyskanych przez innych przy stosowaniu promieni x, względnie radu. A. B.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki: 1) Adalin, środek nasenny, połączenie mocznika z bromem. 2) Afridol, antyseptyczne mydło rtęciowe. 3) Algorol, połączenie jodu z rtęcią i kamforą. 4) Antirachit, mieszanina bizmutu, magnezyi, wapnia, cukru mlecznego i t. p. 5) Empyrol do kąpieli, mieszanina teru i siarkanu potasowego. 6) Gravidin przeciwko wymiotom ciężarnych, wyciąg z »fucus serratus«. 7) Joha, mieszanina salvarsanu, jodypiny i tłuszczu. 8) Neuralgen, mieszanina olejków eterycznych z chloroformem, kamforą i mentolem. 9) Peristaltin, chemiczna grupa glikozydów z »Rhamnus purshiana«, wywołuje wypróżnienia po wstrzyknięciu podskórnem. 10) Riba, przetwór odżywczy, podobnie: Sano-Kakao, Sano-Maltin. 11) Sanit, kapsułki z olejkiem sandałowym, kubebą i salolem. 12) Vasotonin, mieszanina uretanu i yohimbiny. A.

Dla schorzeń gruczołu tarczowego charakterystyczne są pewne zmiany w krzepliwości krwi, mianowicie przy wzmożonej czynności (Basedow) zwolnienie czasu krzepnięcia, przy upośledzonej (charłactwo) przyspieszenie; donosi o tem Anna Lidsky. (Zeitft. f. klin. Med. 71). A.

Przy rwie kulszowej uporczywej zachwala bardzo Glimm nadoponowe wstrzykiwania rozczynu Schleicha (15—20 cm). (Münch. med. Wochs. Nr 8). A.

Nową próbę cukru zalecają z instytutu Finsena Hasselbach i Lindhard. Polega ona na odbarwianiu alkalicznego rozczynu safraniny przez cukier. Próba ta jest dokładną, nie wymaga strącania białka i nie wywołują jej inne ciała, jak kreatynina i t. p. (Hosp. 1910, Nr 39—40). A.

Nowości techniczne: 1) Prostataincisor podał Schlenska. Jest to narzędzie, zbudowane podobnie do przyrządu Bottiniego, ale dozwalające przeprowadzać zabieg pod kontrolą oka. (Berl. kl. W. Nr 4). 2) Szyny i siatki aluminiowe, ew. do kombinacyi z opatrunkiem gipsowym, nadające się ze względu na lekkość znakomicie do wyposażania kolumn sanitarnych na wojnie, zaleca lekarz sztabowy Filbry. (Deut. militärtl. Ztf. 22. 1910). 3) Przyrząd do podskórnych wstrzykiwań, podany przez Kauscha, uniemożliwia zranienie żyły podczas wlewania. (Med. Klin. 6). 4) Incisor Heermanna, nożyk chodzący w łożysku na sprężynie, nadaje się do zbierania krwi i nacięć ropni w nosie, ustach, pochwie i t. p. (Med. Klin. 6). 5) Nowy zamek szczypczyków Hartmanna nadaje się zwłaszcza do instrumentów laryngologicznych, a polega na tem, że tylko jedno ramię jest ruchome, drugie zaś trzyma się stale w dłoni, przez co koniec narzędzia pozostaje na miejscu. (Med. Klin. 7). 6) Prostą a bardzo wygodną i tanią szynę przy nagłych opatrunkach złamań kończyny dolnej podał Mayerhofer. (Münch. med. Wochs. Nr 6). 7) Gaudafil, materyał do szycia, podobny do gutaperki, gładki, dający się wyjaławiać. (Münch. med. Wochs. Nr 7). K.

Uproszczony przyrząd rentgenowski (600 marek), nadający się dla lekarzy praktycznych i dla mniejszych szpitali, podał Dessauer. (Münch. med. Wochs. Nr 7). K.

Zmniejszanie krążenia przez przewiązywanie kończyn zaleca Tornai jako dobry środek przy pewnych cierpieniach serca. (Berl. klin. Wochs. Nr 5). A.

Benzyna wywołać może podług Levyego zgorzel podobną do karbolowej, jeżeli utrudni się jej ulatnianie, n. p. przez szczelne założenie opatrunku napojonego benzyną, a pokrytego ceratką. (Münch. med. Wochs. Nr 6). K.

Uśpienie pantoponem ze skopolaminą stosował Brunn w 125 przypadkach i z wyników był zadowolony, jedynie przy laparotomiach trzeba było dopomagać sobie eterem. (Ztbl. f. Chir. Nr 3). K.

Znieczulenie zębów górnych siecznych do operacyi dentystycznych osiągnąć można podług Richtera łatwo przez wprowadzenie na 15 minut do odpowiedniej dziurki nosa 3 wacików, z których dwa są napojone 10% kokainą, a trzeci 1% suprareniną. Waciki te wciska się na dno nosa. Znieczulenie jest zupełne i długie. Jeszcze lepszy skutek osiągnąć można przez wstrzyknięcie 20% nowokainy pod błonę śluzową lub do jamy szczękowej. (Arch. f. Laryng. u. Rhin. 24. l.). A.

Jako maść do cewników, jałową a rozpuszczalną we wodzie, poleca Strauss: »Rp. Tragacanthae 1,6, tere cum aq. frigid. 50,0, Glycerin ad 100,0, coque ad sterilisat., adde Hydrarg. oxycyan. 0,1«. K.

Przy nowotworach nie nadających się już do operacyi zaleca Takaki wewnętrznie wysuszoną i sproszkowaną grasicę cielęcą w dawce 0,01—0,05. Zwykle przy tem leczeniu zmniejszają się bole, wzrost nowotworu się zwalnia, a nieraz nowotwór okazuje skłonność do rozpadu. Należy zacząć od dawek małych, inaczej bowiem występują zaburzenia w trawieniu. (Lancet 1910, Nr 4543). A.

Przy surowiczem zapaleniu opłucnej poleca Gesellschap wpędzanie jałowego powietrza po wypuszczeniu płynu. Zyskuje się przez to wiele, bo można wypuścić cały płyn naraz i skrócić przez to znacznie czas choroby. Co do techniki, to wystarcza zatkanie trójgrańca jałową watą. (Ther. der Gegenw. 1910, Nr 9). A.

Przeciwko przypadłościom przy krwawnicach polecają maści: »Rp. Stovaini 0,25, Adrenalin (1‰) gtts XXX., Lanolin, Vaselin aa 5,0, M. f. ung.«. (Rif. med. Nr 43, 1910). A.

Célem pobudzenia bolów porodowych zaleca Hofbauer wyciąg przysadki podskórnie, w ilości 0,6—1,0 t. zw. »pituitinum infundibulare«. Zblt. f. (Gyn. Nr 4). A.

Skalę do oceny zabarwienia skóry podał Solger. Ma ona 10 stopni; jako środkową zasadniczą miarę przyjął S. zabarwienie sepii. Podług tej skali brodawka sutka ma n. p. numer 5, worek mosznowy 8, linia środkowa brzucha w ciąży 8, znamiona barwikowe czarne 10 i t. p. (Münch. med. Wochs. Nr 7). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 6. marca 1911 r.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę własną p. t.: **Badania doświadczalne nad rozwojem jajek Mactry.** Autor przedstawia nasamprzód wyniki badań nad rozwojem partenogenetycznym jajek mięczaka Mactry po zastosowaniu płynu hypertonicznego (wody morskiej z dodaniem 10% $2\frac{1}{2}$ n KCl). Zależnie od długości pobytu w płynie hypertonicznym jajka wydzielają albo prawidłowo obydwa ciałka kierunkowe, albo tylko jedno, albo nie wydzielają ich wcale; w każdym razie jajka rozwijają się dalej, ale przeważnie początkowo przez podział jądra drogą mitozy bez podziału plazmy; po 24 godzinach powstają z nich urzęsione larwy W drugiej części pracy autor opisuje działanie na zapłodnione jajka tego samego płynu hypertonicznego, stosowanego przed, podczas, albo po wydzieleniu ciałek kierunkowych. Wpływ płynu hypertonicznego objawiał się przeważnie powstrzymaniem podziału ciała komórkowego, rozwój odbywał się jednakowoż aż do wytworzenia urzęsionych larw. Zmiany wewnętrzne w jajkach opisze autor w osobnej pracy. W trzeciej części rozprawy autor opisuje doświadczenia, w których pobudzał jajka działaniem płynu hypertonicznego do rozwoju partenogenetycznego, a następnie zapładniał. W przeważnej części doświadczeń plemniki nie wnikają w jajka, które zaczęły się rozwijać partenogenetycznie; prawdopodobnie chroni je przed wniknięciem plemników przedewszystkiem błona, która tworzy się na jajkach pod działaniem płynów hypertonicznych.

2) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę własną p. t.: **Europejka o włosach wełnistych**.

3) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. A. Dziurzyńskiego p. t.: **Badania nad regeneracyą naczyń krwionośnych i limfatycznych u kijanek.**

4) Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Wł. Majewskiego p. t.: **O budowie migdałków u zwierząt z rodziny kotów.**

(Oprócz tego przedstawiono 8 prac ze ścisłego zakresu nauk przyrodniczych).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 1. marca 1911

Przewodniczy kol. Cybulski. Obecnych członków 51.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Przewodniczący wita kol. Mergiela z Rostowa nad Donem.

2) Kol. Kostanecki przedstawia preparat **przepukliny zasłonowej** i nieprawidłowe ułożenie jelita ślepego i wyrostka robaczkowego.

W dyskusyi podnosi kol. Radliński, że klinicysta wyjątkowo tylko ma sposobność spostrzegać przepukliny zasłonowe wolne. Przeważnie dopiero uwięźnięcie przepukliny takiej daje wskazanie do zabiegu. Obraz uwięźnięcia występuje najczęściej w postaci ostrej niedrożności jelit, której miejsca nie można określić. Dopiero laparotomia wyjaśnia stan rzeczy. Udostępnić wrota przepuklinowe można albo od strony jamy brzusznej (drogą laparotomii nad więzadłem Pouparta), albo zaotrzewnie, odłuszczywszy otrzewną od wejścia do miednicy małej. O ile stan pętli uwięźniętej na to pozwala, można wykonać zabieg doszczętny, polegający na zamknięciu wejścia do kanału zasłonowego albo płatem kostno-okostnym z kości łonowej, lub też uszypułowanym płatem mięśniowym z mięśnia grzebieniastego (m. pectineus) (Schrötter). Liczba przypadków przepukliny zasłonowej opisanych do roku 1907 wynosi podług pracy Marcinkowskiego 121.

3) Dr Janiszewski i Doc. R. Nitsch: **O miejskiej pracowni bakteryologicznej.** Prelegenci wykazują potrzebę istnienia miejskiej pracowni bakteryologicznej dla miasta Krakowa, dla lekarzy i publiczności. Dla miasta jest ona potrzebną do wykonywania rozbiorów wody wodociągowej i Wiślanej, lodu sztucznego i naturalnego, wody w studniach gmin przyłączonych, mleka, masła i innych produktów spożywczych; do badania zanieczyszczenia powietrza w szkołach, warstatach i t. p.; w razie wybuchu zagrażających epidemii cholery lub dżumy; do nadzoru nad tępieniem szczurów, do nadzoru nad zakładem dezynfekcyjnym i przeprowadzeniem dezynfekcyi w domach prywatnych. Dla lekarzy i publiczności jest ta pracownia potrzebną wtedy, gdy chodzi o zwalczanie chorób zakaźnych, a mianowicie w celu badania bakteryologicznego wszystkich przypadków chorób zakaźnych o znanych zarazkach: a) zaraz po zgłoszeniu takiej choroby przez lekarza ordynującego, b) po klinicznem wyleczeniu w celu przekonania się, czy dany ozdrowieniec nie wydziela jeszcze z ustroju zarazków chorobotwórczych; c) w celu badania otoczenia chorego, czy nie znajdują się wśród niego przenosiciele zarazków. Prelegenci są przekonani, że gdyby udało się wszystkich lekarzy praktykujących i publiczność krakowską przekonać o potrzebie tych zadań i pozyskać ich do współdziałania z miejskim Urzędem zdrowia i pracownią bakteryologiczną, uczynionoby znaczny krok naprzód nietylko w zwalczaniu chorób zakaźnych w mieście, ale również i w podniesieniu stopnia kultury i cywilizacyi w Krakowie. Dalej omawiają prelegenci organizacyę pracowni, pomieszczonej tymczasowo w zakładzie weterynaryi U. J. Prof. J. Nowaka, przy ul. św. Jana 20 I. piętro (telefon 553); pokazują pudełka z wyjałowionemi naczyńkami, rozesłane do wszystkich aptek dla bezpłatnego użytku lekarzy, chcących posyłać treść do zbadania bakteryologicznego do miejskiej pracowni; mówią o stosunku tej pracowni do chorych i do lekarzy ordynujących i t. d., a kończą omówieniem organizacyi podobnych pracowni w zachodniej Europie. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Braun podnosi, że gorączka połogowa w Krakowie zmniejsza się stale od ostatniego ćwierćwiecza. Gdy w pierwszych latach występowała dosyć często i to z przebiegiem złośliwym, to w ostatnich latach jest gorączka połogowa zdarzeniem rzadkiem, a jeżeli wystąpi, to przebiega łagodniej. Przyczyna tego leży w tem, że stare położne, które nie wierzyły w działalności odkażające karbolu i innych środków przeciwgnilnych, ustąpiły młodszym siłom, które opuszczają szkołę położnych z głębokiem przeświadczeniem, że tylko czystość bezwzględna przy porodzie stanowi wartość położnej, co przyczyniło się nie mało do tego, że w Krakowie słychać coraz to rzadziej o ciężkiej formie gorączki połogowej. Najwięcej atoli do zmniejszania się gorączki połogowej w Krakowie przyczyniło się zarządzenie miejskiego Urzędu zdrowia, które polega na rewizyi peryodycznej narzędzi, jakie położna ma w swej torbie położniczej i surowem karaniu położnych, jeżeli lekarz rewidujący znajdzie narzędzia w nieporządku lub miejski Urząd zdrowia dowie się, że u położnicy zaszła gorączka połogowa z powodu zaniedbania czystości ze strony położnej. Mowca jest zdania, aby obecnie, — kiedy istnieje pracownia bakteryologiczna miejska — poddawano narzędzia położnych badaniu bakteryologicznemu; co zmusi położne do tem energiczniejszego wyjaławiania narzędzi przez gotowanie, a miejska pracownia bakteryologiczna przyczyni się jeszcze i tem do większego zmniejszania się gorączki połogowej w Krakowie. — Kol. Blassberg podnosi potrzebę częstego przypominania wszystkim lekarzom praktykującym zapomocą odezw o działalności pracowni miejskiej oraz rozesłania le-

karzom szczegółowych pouczeń co do przedmiotów badania i techniki, jakiej należy używać.

Prócz tego zabierali głos Prof. Bujwid, Dr Janiszewski i Dr Weinsberg.

W zastępstwie sekretarza: Dr Blassberg.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20. grudnia 1910.

Franciszek Kijewski: **O zapaleniu uchyłka Meckela.** Prelegent przytacza własny przypadek zapalenia uchyłka Meckela, operowany dziewiątego dnia choroby. Przy operacyi stwierdzono początek zapalenia otrzewnej; po odsłonięciu pętli kolankowatej okazało się, że wyrostek Meckela jest znacznie uszkodzony; po usunięciu nalotu włóknikowego treść wyrostka wylała się do jamy brzusznej. Chory zmarł na trzeci dzień po operacyi. Do uchyłka Meckela dostały się, jak się okazało, ziarna żyta wraz z płynną zawartością i nie mogły się wydostać do jelit. Rozwinęło się stopniowo zapalenie i zgorzel z zapaleniem otrzewnej. Prelegent omawia powstawanie uchyłka Meckela, oraz symptomatologię jego zapalenia. Co się tyczy postępowania leczniczego, to prelegent jest zwolennikiem postępowania doszczętnego, a mianowicie radzi jaknajwcześniej operować i usunąć uchyłek.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że według sprawozdań londyńskiego Tow. anatomopatologicznego uchyłek Meckela istnieje w 2% przypadków sekcyjnych, spotyka się go więc dość często, ale obecność jego często nie wywołuje żadnych zaburzeń i dlatego klinicznie, zapalenie uchyłka Meckela jest cierpieniem rzadkiem. Następnie zaznacza, że nitka końcowa (filum terminale) idzie zawsze do pępka, w przeciwnym razie myśleć należy o przebytej jakiejś sprawie zapalnej wyrostka. — Krauze przytacza własny operowany przypadek, dotyczący 3-letniego dziecka, gdzie przed operacyą przy uwięźnięciu jelita rozpoznawano zapalenie uchyłka Meckela, co się przy operacyi sprawdziło. Podkreśla, że u dzieci uwięźnięcie powinno naprowadzać na myśl uchyłek Meckela. — Polikier zaznacza, że w uchyłku Meckela znajdowano gruczoły zbliżone do jelitowych, a nawet do żołądkowych. — Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że pod formę kliniczną zapalenia uchyłka Meckela nie podciąga wszystkich tych przypadków, gdzie jest uwięźnięcie, lub przepuklina. Gruczołów nie badał.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. stycznia 1911 r.

1) Kozerski przedstawił przypadek znamienia (**naevus pigmentosus verrucosus pilosus angiomatosus**) grzbietu ręki i przedramienia bardzo dużych rozmiarów. Zastosowano leczenie śniegiem kwasu węglowego. Mowca przedstawia umyślnie chorą w połowie leczenia, aby zestawić obraz przed i po leczeniu. Leczona dolna część przedstawia dość gładką, różową bliznę, nie krępującą ruchów ręki. Po zupełnem usunięciu całego znamienia przedstawi mowca chorą powtórnie.

2) Ludwik Krauze: **Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.** Prelegent spostrzegał 2 przypadki przepukliny udowej przydatków sieciowych u kobiet. Oba przypadki były operowane i chore wyzdrowiały. Wogóle wszystkich przypadków spostrzeganych było 18. Z tych 15 po operacyi zakończyło się pomyślnie, a 3 zakończyły się śmiercią. Rozpatrzywszy wszystkie dane, odnoszące się do patologii przydatków sieciowych jelita grubego, oraz spostrzeżenia własne, dochodzi prelegent do następujących wniosków. 1) Obce ciała, w postaci tłuszczaków napotykane nieraz w jamie brzusznej, są w znacznej liczbie przypadków odsznurowanemi częściami przydatków sieciowych. 2) Ciała te mogą pozostawać jałowemi i wtedy żadnem niebezpieczeństwem ustrojowi nie grożą; zakażenie zaś takich ciał obcych może doprowadzić do ogólnego zakażenia otrzewnej z następstwami grożącemi nawet życiu chorego. 3) W przypadkach z objawami niedrożności jelit trzeba mieć zawsze w pamięci możliwość zmian przydatków sieciowych zwłaszcza jeżeli chodzi o osobę otyłą, u której przydatki nadmiernie są rozwinięte. 4) Jak inne narządy jamy brzusznej, mogą również jeden lub kilka przydatków sieciowych uledz uwięźnięciu w kanale pachwinowym lub biodrowym ze wszystkimi groźnymi objawami. W porę jednak wykonana operacya daje dobre wyniki. 5) Przy uwięźnięciu przydatków w worku przepuklinowym, nawet silnem i długotrwałem, wszystkie objawy zwykle koncentrują się w miejscu uwięźnięcia. Objawów ogólnych ze strony jamy brzusznej niema. 6) Przy każdej laparotomii, o ile to jest możliwe, należy wycinać przydatki sieciowe, przedstawiające jakieś zmiany patologiczne, nadmiernie długie i grube, szczególniej okazujące skłonność do skręcenia.

W dyskusyi podkreśla Kryński w sprawie mechanizmu uwięźnięcia przydatków sieciowych, że »conditio sine qua non« musi być uwięźnięcie czy to kątnicy, czy też pętli esowatej, następnie kiszka się cofa, a przydatek sieciowy zostaje. — Krauze odpowiada Kryńskiemu, że w ten sposób właśnie tłomaczył swój przypadek, gdzie przypuszczał, że kiszka albo się cofnęła sama, lub została przez lekarza odprowadzona. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 18. stycznia 1911.

Przewodniczący: A. Krusche. Sekretarz: A. Tomaszewski.

1) Kol. M. Cohn przedstawił 24 l. kobietę z **rakiem macicy i pochwy.** Spółkowanie odbywa się przez cewkę moczową, która jest odpowiednio rozszerzona.

2) Kolega Goldberg zdaje sprawę z 250 **znieczuleń lędźwiowych,** dokonanych w szpitalu św. Aleksandra. Ogólny wynik daje liczby następujące: $+88\%$, $-+4\%$, -8%. Zestawiając wyniki pierwszej seryi (100 przypadków) z drugą (150) wykazuje prelegent, iż dzięki nabytemu doświadczeniu można osiągnąć wybitnie lepszy skutek ($+80\%$ resp. $+93{,}4\%$). Ten postęp widoczny jest również w przeglądzie powikłań podczas operacyi i pooperacyjnych, których odsetka znacznie zmalała również w drugiej grupie. Prelegent widzi główną przyczynę tej różnicy nie w dawkowaniu, gdyż dzisiaj stał się śmielszym pod tym względem, lecz w technice wstrzyknięcia i następczem manipulowaniu osobą chorego; wymaga ostrożnej zmiany położenia, nie wstrzymując się jednak przed ułożeniem Trendelenburga tam, gdzie tego wymaga konieczność i gdzie znieczulenie idzie ku górze nader powoli. W swoich przypadkach nie miał prelegent dotąd przypadku śmierci ani trwałego porażenia. i raz tylko ciężki zapad na stole operacyjnym. Prelegent stosuje stale tropakokainę w rozczynie 5% w gotowych ampułkach bez domieszek, dawkuje zaś od 0,04 do 0,1 w zależności od wieku, poziomu operacyi i przypuszczalnego czasu jej trwania. Nakoniec podniósł prelegent konieczność zmiany klasyfikacyi znieczuleń, ogólnie przyjętej, na ściślejszą, gdzieby notowano tylko wynik, wiek, płeć, czas trwania operacyi i jej poziom, wyrażając jednocześnie przypuszczenie, iż taka statystyka, oparta na wielkich liczbach, dałaby ściślejsze dane w sprawie dawkowania. Wyniki swe kol. Goldberg przedstawił w tablicy graficznej.

W dyskusyi kol. Goldman twierdzi, że zapał do znieczulenia lędźwiowego w obecnych czasach znacznie ostygł i ci chirurdzy, którzy dawniej bardzo często posługiwali się tą metodą, obecnie powracają do uśpienia ogólnego. Wpłynęła na to ta okoliczność, że jednak znieczulenie lędźwiowe daje większy odsetek śmiertelności, jak to przyznał największy i najradykalniejszy zwolennik tej metody, prof. Ka-

der, a powtóre powikłania przeróżnego rodzaju, jak bole głowy, porażenie kończyn. — Kol. Tomaszewski, będąc na klinice Kadera, widział kilkaset znieczuleń i nie widział żadnych groźnych objawów z wyjątkiem jednego bardzo silnego $^1/_2$-godzinnego zapadu, który można było objaśnić zbyt wielką dawką tropakokainy; dalej zapytuje prelegenta, jakie dawki wstrzykuje dzieciom, uważa jednak tego rodzaju znieczulenie za nieodpowiednie dla dzieci, ponieważ dzieci zachowują się niespokojnie. — Kol. Klosenberg widział po znieczuleniu lędźwiowem zgorzel kończyn. — Kol. Sterling sądzi, że porównując obydwie metody, należy uwzględnić powikłania późne, jakie następują po chloroformie i eterze, jakoto zapalenie płuc, oskrzeli i t. p.; podnosi z uznaniem pracę kol. Goldberga, który jeden z niewielu w Łodzi przeprowadza pracę systematyczną, opartą na osobistych doświadczeniach. — Kol. Trenkner uważa znieczulenie lędźwiowe za nieodpowiednie dla lekarzy prowincyonalnych, ponieważ wymaga ono specyalnej techniki i sprzyjających warunków. — Kol. Krusche zaznacza, że należałoby pogłębić temat i zająć się opracowaniem zmian anatomopatologicznych, jakie wywołuje tropakokaina w rdzeniu.

Posiedzenie z d. 8. lutego 1911.

Przewodniczący: A. Krusche. Sekretarz: A. Tomaszewski.

I. Kol. Goldberg przedstawił chłopca, któremu **amputował całą prawą kończynę, oraz połowę miednicy** z powodu gruźlicy. Operacya ta jest 26-tą z rzędu; 25, zebranych w literaturze, ogłosił Prof. Kryński. Dwa razy dokonano tej operacyi z powodu gruźlicy. Kol. Goldberg dokonał amputacyi miednicy podokostnie.

II. Kol. skarbnik złożył sprawozdanie ze sposobu, w jaki zamierza zbierać składki.

III. Kol. Krusche zawiadomił o zaproszeniu Tow. lek. Charkowskiego na otwarcie kursów lekarskich dla kobiet. Zebranie postanowiło wysłać depeszę gratulacyjną.

IV. Kol. sekretarz przeczytał list kol. Skalskiego i innych kolegów z prośbą, aby Tow. lek. wystąpiło z odpowiedniem podaniem do władz w celu zapobieżenia urządzania mieszkań w suterenach, jako nadzwyczaj szkodliwych i nieodpowiadających najskromniejszym wymaganiom higieny. Zebranie postanowiło, aby podpisani pod listem koledzy utworzyli komisyę, wypracowali postulaty i oddali je do rozpatrzenia Zarządowi, a wtedy Towarzystwo lekarskie zajmie się tą sprawą.

V. Wobec braku zapowiedzianego odczytu kol. S. Sterling mówił **o poglądach H. Hucharda na choroby serca**, opierając się zarówno na wielkiem dziele zmarłego klinicysty, jak i na szeregu jego komunikatów i artykułów. Zasługą główną zmarłego było wysunięcie na plan pierwszy zależności zmian anatomicznych w układzie naczyniowym — od zmian czynnościowych; Huchard uzależnił zmiany anatomiczne w naczyniach od ich skurczu i zwężenia czynnościowego dowiódłszy, że sprawa chorobowa zaczyna się od skurczu w naczyniach naczyń (vasa vasorum); wyodrębnił postać kliniczną presklerozy, choroby — do czasu — czynnościowej, wywołującej przemijające niedomaganie narządów miąższowych, przedewszystkiem nerek, wątroby i serca. Ściśle drogą badań anatomo-patalogicznych oddzielił »myocarditis« od »degeneratio myocardii«; stworzył anatomicznie i klinicznie wypukły obraz »anginae pectoris coronariae«. Podzielił choroby serca na dwa wielkie działy: choroby naczyniowe i choroby zastawkowe, dowiódłszy, że niektóre zastawkowe mogą też mieć tętniczą (arteryalną) etyologię. Poświęciwszy opisowi (anatomicznemu i klinicznemu) dwa (z trzech) tomy swego podręcznika chorób naczyniowych, które dotąd były traktowane jako drugorzędne w porównaniu z chorobami zastawkowemi, dowiódł, że kluczem do ich patologii jest znajomość stanu ciśnienia krwi. Podał kliniczne objawy presklerozy i sklerozy (stwardnienia) naczyń i objawy narządowe, od tych spraw zależne; wskazał dokładną terapię tych stanów chorobowych. Rozklasyfikował choroby zastawkowe (samoistne i wtórnie pod wpływem schorzeń naczyniowych powstałe) na podstawie wydatności mięśnia sercowego (eusystolia, hypersystolia, hyposystolia, asystolia). Był przedewszystkiem terapeutą i z tego właśnie punktu widzenia badał zarówno etyologię, jak i patogenezę narządu krążenia. Słabą stroną nauki Hucharda jest — dla nas, uczniów szkoły niemieckiej — talent osobisty jej twórcy, wymagającego od lekarzy rozwijania właśnie »talentów« lekarskich (obserwacyi!); obecnie klinicyści niemieccy mogliby leczyć na serce nawet bez obserwowania samegoż chorego (rentgenogram, elektrokardyogram, sfigmogram, określenie przyrządowe ciśnienia i t. d. mogą wystarczyć). Klinika francuska rozwija i kształci talent lekarski, niemiecka tworzy naukę ścisłą chorób, pracuje dla przyszłości może, ale nie wyrabia terapeutów współczesnych. Sztuka lekarska w rękach utalentowanych lekarzy stać się może niejako artyzmem; dowodem właśnie Huchard, który niezależnie od tego stworzył przecież pierwszorzędne prace anatomo-patologiczne. Prelegent zakończył swój wykład przytoczeniem wspomnień osobistych i charakterystyki osoby Hucharda, jakim był przy łóżku chorego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zauważył Sonnenberg, że oprócz czynników materyalnych, wywołujących hypertensyę i arteryosklerozę, jak nikotyna, ołów, zarazek przymiotowy, alkohol i t. d., które przytoczył prelegent, należy podnieść i udział czynników psychicznych, jak długotrwałe i często powtarzające się wzruszenia.

VI) Kol. Jasiński zdał sprawę z prac komisyi zjazdowej. A. Tomaszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu w d. 18. III. b. r. obradowała krajowa Rada Zdrowia we Lwowie nad następującemi sprawami: 1) Zakład szczepień leczniczo-ochronnych przeciw wściekliźnie. 2) Sprawozdanie Prof. Kučery o urządzeniach przeciwdżumowych w Odessie. 3) Szpital powszechny w Nadwórnie. 4) Okręg sanitarny w Zabłotowie.

— Dnia 14. III. b. r. odbyło się posiedzenie komitetu, mającego na celu za inicyatywą Stowarzyszenia Panien Ekonomek i Dra Klęska założyć w Krakowie pierwszą zawodową szkołę dozorczyń chorych. Komitet (do którego z lekarzy należą: Dr Borzęcki, Damski, Klęsk, Krzyszkowski, Pareński, Rutkowski, Mazurkiewicz, Wicherkiewicz; panie: ks. Czartoryska, Rydlówna,

Epsteinówna, Teobaldówna i Waszniewska) uchwalił projekt przyszłej szkoły, która mieścić się będzie w lokalu Panien Ekonomek przy ulicy Warszawskiej Nr 6, w domu SS. Miłosierdzia. Nauka, trwająca 3 półrocza (jedno teoretyczne, dwa praktyczne w szpitalu św. Łazarza) będzie bezpłatna, a końcowy egzamin uprawni do otrzymania dyplomu. Komitet ma nadzieję, że sfery miarodajne poprą jego działalność, przyczyniając się przez to do założenia tak potrzebnej instytucyi, której dla osób świeckich brak u nas zupełnie [1]), a która zagranicą rozwija zdawna skuteczną działalność, idącą na rękę lekarzom i pomagającą chorym. X.

— »Koło Medyków« Wszechnicy lwowskiej, chcąc zachęcić uczącą się młodzież lekarską do prac samodzielnych, ogłasza konkurs na pracę oryginalną z zakresu nauk lekarskiech. Udział w konkursie brać mogą członkowie »Koła Medyków« tudzież wszyscy studenci medycyny, Polacy, studyujący na uniwersytetach galicyjskich i zagranicznych. Temat dowolny, wchodzący w zakres nauk lekarskich. Termin nadsyłania prac 1. maja 1911. Nagroda za najlepszą pracę wynosi 100 koron. Praca nagrodzona staje się własnością »Koła Medyków« Wszechnicy lwowskiej. Prace nadsyłać należy do redakcyi »Tygodnika lekarskiego« (Lwów, Piekarska 52). W skład sądu konkursowego wchodzą: Prof. Dr Antoni Mars, Prof. Dr Stanisław Bądzyński i doc. Dr Witold Nowicki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. III. do 18. III. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 8 † 2, ospy wietrznej 2, płonicy 6 † — (1 † —), odry 7, duru brzusznego 2 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), kuru 5.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo przeciwgruźlicze ukończyło drugi rok pracy. Pomyślny rozwój okazuje »Przychodnia« (dyspensatoryum) Towarzystwa, która udzieliła w r. z. 944 porad. Natomiast stacya desynfekcyjna w Otwocku walczyć musi z przesądami i uprzedzeniami, a liczba członków Towarzystwa bardzo powoli wzrasta i zaledwo przekracza setkę. Bilans Towarzystwa zamknięto kwotą 10.284 rb.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie otrzymało w darze 5500 fr. na »fundusz odczytowy imienia Dr Alfreda Sokołowskiego«. Odsetki od tej sumy co lat dwa (550 fr.) przeznaczył Dr Sokołowski na honoraryum dla prelegenta, zaproszonego przez Towarzystwo z pośród wybitnych uczonych polskich do wygłoszenia wykładu. (Gaz. lek. 11).

Z różnych stron. Profesor farmacyi i farmakologii Dr Stanisław Przybytek, rodak nasz, został przez konferencyę Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu odznaczony godnością »akademika«.

— Miasto Wilno uzyskało pozwolenie na zaciągnięcie pożyczki 4,244.600 rb. na budowę wodociągów i kanalizacyę.

— Dla uczczenia pamięci przedwcześnie zgasłego znakomitego chemika Prof. Stanisława Kostaneckiego zainicyowali chemicy-Polacy z Iwanowo-Wozniesieńska (gub. Włodzimierska) utworzenie fundacyi Jego imienia i złożywszy znaczniejszą kwotę, zwróciło się z odezwą w tej sprawie do »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« za pośrednictwem Prof. S. S. Zaleskiego. Dotychczas złożono na tę fundacyę 1050 rb.

— I. południowosłowiański Zjazd medycyny operacyjnej (I. jugoslovenski' sastanak za operativnu medicinu) postanowili urządzić lekarze chorwaccy, słoweńscy, serbscy i bułgarscy we wrześniu b. r. (1911) w Belgradzie. Zjazd ma zgromadzić przedstawicieli wszystkich gałęzi medycyny operacyjnej (chirurgia, ginekologia, położnictwo, okulistyka, otyatrya, laryngologia, ortopedya, urologia, dermatologia, radyologia). Szczegółowy program ogłoszony będzie wkrótce. Komitet, pozostający pod przewodnictwem Dr V. Subbotića z Belgradu, (Beograd, Simina ulica 31), zaprasza lekarzy słowiańskich do czynnego udziału w Zjeździe. Wykłady należy zgłaszać albo do prezesa komitetu, albo do Dr M. pl. Čačkovića (Zagrzeb, Gajeva ulica). Prelegenci mogą wykładać każdy w swoim języku ojczystym.

— Kurs praktyczny o rumieniu lombardzkim odbędzie się w Medyolanie 18—25 IV. b. r. Zgłoszenia przyjmuje Prof. Bertarelli (Milano, Via S. Orsola 1).

[1]) Uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie założenia takich kursów, powzięte przed laty kilkunastu na wniosek Prof. Ciechanowskiego, nie mogły z przyczyn zewnętrznych wejść w życie, istniejące zaś we Lwowie krajowe kursa dla dozorczyń chorych kształcą tylko siostry zakonne dla celów szpitalnych.

— Głównymi tematami obrad międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie (24—30. IX. b. r.) będą: 1) Etyologia i epidemiologia gruźlicy. 2) Patologia i leczenie gruźlicy. 3) Społeczna ochrona przeciw gruźlicy. Zgłoszenia na Zjazd przyjmuje sekretarz generalny Prof. Ascoli (Roma, Via in Lucina 36).

— Magistrat Frankfurtu zamierza starać się o założenie uniwersytetu złożonego z wydziałów lekarskiego, filozoficznego i prawniczego od roku 1914. Koszta roczne wyniosą 2,100.000 marek. Dla wydziału lekarskiego kliniki i zakłady są już gotowe. X.

Zmarli: Histolog Prof. Drasch w Grazu, Prof. Lohmeyer w Göttingen, urolog Dr Kapsammer w Wiedniu, Prof. Orfila w Paryżu.

Dr Kazimierz Drzniewicz, były lekarz marynarki, członek polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Krzyształowicz: 1) Leukopathia 2) Leptus autumnalis. »Real. Encycl. der ges. Heilkunde«. Wyd IV. 3) Komórki plazmatyczne. »Przegląd chorób skórn.« 1910 4) Plasmazellen. »Encyclop. Jahrbücher der ges. Heilk.«. T. 8. 5) Die Gestalt der Plasmome bei Ulcus molle u. syphilitischer Initialsklerose. »Unna-Festschrift« T. I. — Reiss i Krzyształowicz: Zur therapeutischen Bedeutung des Arsenobenzols. »Wiener klin. Wochens.« 1911. — Sprawozdanie Towarzystwa zabaw ruchowych za rok 1910. Lwów 1911. — Rosiewicz: Experimentelle Untersuchungen über den respiratorischen Gaswechsel im Fieber Inaug, Dissert. Lipsk 1911. — Prof. Ehrlich: Szkice o istocie i leczeniu chorób zakaźnych. Tłómaczył Dr Z. Szymanowski. Warszawa, Wende i Sp. 1911. Stron 233.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Inż. Borkowski: »Ehrlich i jego teorya«. 2) Dr Stahr: »Meningitis vera, spuria (meningismus) i meningitis serica«. 3) Dr Eisenberg: »O roznosicielach zarazków«.

Posiedzenie naukowe Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **dnia 27. marca 1911 o godz. 3 popołudniu w szpitalu powszechnym w Jarosławiu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych — kol. Dr Fechter. 2) O sztucznem karmieniu osesków — kol. Dr Spatz. 3) Potrzeba konserwowania zębów przez leczenie chorób ich i jamy ustnej, z uwzględnieniem nowszych sposobów plombowania — kol. Dr Nacht.

O liczne zgromadzenie się upraszamy Szan. Członków celem możliwego omówienia także bieżących spraw zawodowych.

Wydział Oddziału jarosławskiego Tow. lek. gal.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bibliografię lekarską podręczną (katalog systematyczny), obejmującą 5000 dzieł, wydała księgarnia J. B. Baillière et fils w Paryżu (19 rue Hautefeuille). Cena katalogu 1 fr., jednakże czytelnicy tego czasopisma otrzymać mogą katalog bezpłatnie, zwracając tylko 25 centimów za przesyłkę.